PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO
I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH,

ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYR. W PETERSBURGU
TOW. LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT

ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH
KRÓLESTWA POLSKIEGO

REDAKTOR GŁÓWNY:

PROF. DR STANISŁAW CIECHANOWSKI.

TOM LIII — 1914.

BIBLIOTHECA UNIV. IAGELL. CRACOVIENSIS

Biblioteka Jagiellońska
1001640259

KRAKÓW,
NAKŁADEM TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO
ODBITO W DRUKARNI UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO POD ZARZĄDEM JÓZEFA FILIPOWSKIEGO.
1915.

100596 III
53(1914)

SPIS RZECZY

zawartych w Tomie LIII „Przeglądu lekarskiego“.

(Liczby oznaczają stronice).

I. Artykuły oryginalne.

II. Sprawozdania poglądowe.

III. Oceny.

IV. Piśmiennictwo bieżące (Streszczenia).

W każdym numerze.

V: Zapiski lecznicze, nowe leki, sposoby i narzędzia.

VI. Życiorysy.

VII. Zjazdy naukowe.

VIII. Sprawozdania z posiedzeń Towarzystw naukowych.

IX. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna. Higiena społeczna. Epidemiologia.

X. Odcinek.

XI. Wiadomości bieżące.

W każdym numerze.

XII. Bibliografia.

Co miesiąc, zawiera tytuły prac oryginalnych, pomieszczonych we wszystkich czasopismach lekarskich polskich.

Alfabetyczny spis rzeczy zawartych w pracach oryginalnych i sprawozdawczych.

(Liczba pochyła oznacza artykuł oryginalny).

SPIS AUTORÓW.

Nr 1. Kraków, 3 stycznia 1914. Rok LIII.

Redakcya: Kraków, Wolska 28, II p. Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt ponosi w całości autor. Koszta klisz ponoszą autorowie w połowie.

Ogłoszenia przyjmują: w Krakowie Administracya, w Paryżu V. de Raczkowski, 14 cité de Trevise. Cena ogłoszeń: 30 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOW. LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolffa, Wendego i Sp., w Paryżu V. de Raczkowski, 14 cité de Trevise; nadto urzędy pocztowe w Austryi, Niemczech i Rosyi.

Przedpłata wynosi: w Austryi rocznie 20 koron, półrocznie 10 kor., kwartalnie 5 koron. — W Król. Polskiem i Ces. Rosyjskiem rocznie 7 rubli, półrocznie 3·50 rb. — W Niemczech rocznie 16 marek, półrocznie 8 marek. — We Francyi rocznie 30 franków, półrocznie 15 fr. — W Ameryce północnej rocznie 4½ dolarów.

Jeden numer osobno kosztuje 50 hal., numer podwójnej objętości 1 kor.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Komisya redakcyjna: Przewodniczący Redaktor główny; prof. dr B. Kader, prezes Tow. lek. krak., dr A. Akerman, skarbnik Tow. lek., dr B. Wojciechowski podskarbi komisyi; dr Blassberg, prof. dr Browicz, prof. dr Krzyształowicz, prof. dr K. W. Majewski, prof. dr Rutkowski.

Podkomisya redakcyjna w Łodzi: Przewodniczący: Dr S. Sterling (Piotrkowska 111), członkowie: J. Brudziński, A. Goldman, J. Grabowski, Z. Garlicka, B. Handelsman, K. Jasiński, H. Kohn, J. Koliński, A. Krusche, J. Maybaum, J. Michalski, I. Perlis, S. Skalski, E. Sonnenberg, H. Trenkner.

Grono stałych sprawozdawców: drzy: prof. Baurowicz, insp. Bier, Blassberg, Bujak, Dadej, prof. Dobrowolski, Glassner, M. Godlewski, prof. Horoszkiewicz, Janiszewski, Klęsk, prof. Krzyształowicz, prym. J. Landau, prof. Lewkowicz, prof. Łepkowski, prof. Majewski, A. Markowa, Nowaczyński, Olbrycht, Pisarski, H. Sokołowska, M. Sokołowski, R. Spira, Stahr, T. Tempka, Weber, Weissglas, Wisłocki, B. Wojciechowski (Kraków). T. Borzęcki (Warszawa), Cichocki (Kijów), Ehrenpreis (Stanisławów), Gilewicz (Kijów), Grzywo-Dąbrowski (Karolin), Karwowski (Poznań), Kopczyński (Kielce), doc. Łążyński (Kijów), T. Makowski (Kijów), L. Mańkowski (Kulparków), Modrzewski (Kijów), Mondschein (Stanisławów), Nelken (Kulparków), Rakowski (Radom), K. Rozenfeld (Częstochowa), Safarewicz (Wilno), Sonnenberg (Łódź), doc. Sowiński (Petersburg), Tomaszewski (Łódź), Trzebiński (Kijów), S. Weinzieher (Będzin).

Żaden przetwór nie przyspiesza tak wessania jak

Vasogen

Creosot-Vasogen 20%

wewn. i zewn. wszędzie tam gdzie wskazanym jest creosot. Zastosowanie zewnętrzne zastępuje podawanie wewn. lek przyczem oszczędza się przewód pokarmowy. Świetne wyniki w praktyce.

Ponieważ znajdują się bezwartości przetwory podrobione prosimy polecać tylko nasze — bez wskazań — przetwory w oryginalnem zapakowaniu „Pearson".

Lactagol

swoiście działające lactagogum.

Zadziwiająco szybkie powiększenie się nietylko ilości pokarmu jednak i zawartości tegoż co do tłuszczu i istot białkowych; zwiększenie wyraźnie widoczne po 1—2 dniach

Vasogenfabrik Pearson & Co., Hamburg.

Główny skład dla Austro-Węgier: Wilhelm Maager, Wieden III/3 Heumarkt 3.

Apetyt pobudza, sporządzone z mięsa, kory chinowej i wapniowego fosforanu mlekowego Viala toniczne Wino

VIAL & UHLMANN FRANKFURT a M

ZAKŁAD ORTOPEDYCZNY I INSTYTUT ZANDEROWSKI Dra A. GABRYSZEWSKIEGO

DOCENTA CHIRURGII UNIWERSYTETU LWOWSKIEGO

we Lwowie, ul. Senatorska l. 6. — Tel. 1020

w osobnym budynku ogrzewanym wodą. — Winda, na IV piętrze **terasa** do kąpieli słonecznych i gimnastyki leczniczej. — Najnowsze aparaty medyko mechaniczne. — Massage. — **Własna fabryka** wszelkich przyrządów ortopedycznych, **robotnicy szkoły Hessinga**. — Kąpiele w gorącem powietrzu (system elektr. Tyrnauera) Phoen. T. z. **sztuczne słońce górskie** (lampa kwarcowa s. Bacha). — Aparat **Roentgena**. — Diathermia. — **Radium**. 293

Radca ces. Dr T. Gabryszewski — Docent Dr A. Gabryszewski.



Pertussin Extract. Thymi saccharat. Taeschner.

Nieszkodliwy, pewnie działający środek przeciw krztuścowi, nieżytom krtani i oskrzeli, rozedmie płuc i t. d.

Nie zawiera ani bromu, ani też istot narkotycznych.

Sprzedaż we wszystkich aptekach we flaszkach zawierających około 250 g.

Piśmiennictwo i próbki pp. Lekarzom darmo do rozporządzenia

Kommandanten-Apotheke E. Taeschner Berlin C. 19, Seydelstr. 16.

Składy główne: S. Hay, Lwów. Piotr Mikolasch i Sp., Lwów.

Eingetragene Schutzmarke. 156 a

DOM ZDROWIA

Konc. przez Wys. c. k. Namiestnictwo Zakład leczniczy prywatny w Krakowie ul. Siemiradzkiego l. — Tel. 67.

W r. 1906 rozszerzony i zasadniczo przekształcony, uległ w r. 1911 dalszemu znacznemu powiększeniu i udoskonaleniu.

Przyjmuje przypadki chirurgiczne, położnicze, ginekologiczne i inne, z wykluczeniem chorób zakaźnych i ciężkich nerwic. 281

Cena od K 11 dziennie. Prospekty na życzenie.

PURGEN łagodny środek przeczyszczający,

smaczny, niedrażniący, działa pewnie i nawet w największych dawkach jest nie szkodliwy. — Zastępuje sole i wody gorzkie. 60

Znak ochronny.

LIPOJODYNA „Ciba"

(Ester dijodbrasydyn-etylowy, zawierający 41% jodu).

Przetwór jodowy neuro-lipo, a zatem politropowy,

odpowiadający wszelkim nowoczesnym wymaganiom farmakologii i kliniki doświadczalnej.

Nie drażni przewodu kiszkowego :: W dawkach leczniczych nie powoduje jodzicy :: Oddaje znakomite usługi kliniczne.

Dawkowanie: 1—3 tabliczek dziennie po obiedzie i kolacyi.

Zwracamy uwagę na przyjemny smak tabliczek LIPOJODYNY, które zalecamy żuć starannie.

PERISTALTYNA „Ciba".

Nowy, rozpuszczalny w wodzie glykozyd z kory szakłaku amerykańskiego (Rhamus Purshiana).

Posiada własności pobudzania ruchu robaczkowego kiszek, właściwe korze Cascarae Sagradae, przyczem nie wykazuje nieprzyjemnych wpływów ubocznych. Stosuje się **do wewnątrz** i **podskórnie.**

Wskazania: Zastarzałe zaparcia stolca. — Wątłość kiszek. — Porażenia kiszek po laparotomiach i t. d.
Peristaltyna zadawaną być może przez czas długi bez nawykania.

Dawkowanie: Do wewnątrz: 2—3 tabliczek po 0,05 gr. peristaltyny dziennie, zmniejszając stopniowo dawki do 1, a nawet ½ tabliczki.
Podskórnie: 1 ampułkę, zawierającą 0,5 gm. peristaltyny. 203 b

Pabianickie Towarzystwo Akcyjne Przemysłu Chemicznego
w Pabianicach, ziemi Piotrkowskiej.

Próby na każde żądanie gratis i franco.

Reprezentant na Galicyę: **Mag. B. JAWORNICKI, Kraków, Graniczna 5.**

Ziarnista **KoLa** Rozpuszczalna

ASTIER

reguluje serce, pobudza układ nerwowy. 260 a

Środek przeciwneurasteniczny.

Dawka średnia: 2 łyżeczki kawowe dziennie. Próbki i literatura są do rozporządzenia.

LABORATOIRES ASTIER — 45 rue, du Docteur Blanche, Paris.

LANCELOT & Cie, PARIS, 26—28 RUE St CLAUDE

choroby serca i naczyń

PANDIGITALE HOUDAS

30 kropli Pandigitale Houdas odpowiadają 20 centigramom proszku suchych liści naparstnicy i zawierają około ćwierci miligrama digitaliny krystalicznej.

Dawka: 20 do 44 kropel dziennie 3 lub 4 razy. 260 b

Sprzedaż w pierwszorzędnych aptekach. — Próbki i piśmiennictwo do rozporządzenia panów lekarzy.

Zastępca generalny: RENE BLANPIN, WIEDEŃ V. MARGARETHENGÜRTEL 2.

Rok LIII. Kraków, dnia 3 stycznia 1914 Nr 1.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

W sprawie plam barwikowych w spojówce jagliczo zmienionej.

Napisał

Prof. Dr Bol. Wicherkiewicz.

Barwik w spojówce prawidłowej u osób, należących do rasy białej, nie bywa zjawiskiem zbyt częstem. Plamom takim przypisuje się, jak wiadomo, możność wytworzenia przez rozplenienie złośliwych nowotworów.

W ostatnich latach zwrócono uwagę na objaw nader rzadki, t. j. plamy barwikowe, napotykane w spojówkach jagliczo zmienionych. Mając poza sobą nieomal 40 letnią praktykę okulistyczną, w której tysiące osób, dotkniętych jaglicą w najrozmaitszych nasileniach i stopniach rozwoju widywać i śledzić miałem sposobność, nie spotkałem się ani razu z takiemi plamami, któreby mi nasileniem swem były podpadły.

To też zaciekawiły mnie niezmiernie odnośne publikacye.

Pierwsza z nich, to praca Steinera, który praktykując na Jawie, w Surabaya, miał sposobność, jak pisze, często spotykać niezwykłe zabarwienie spojówki po jaglicy u Malajczyków, a także, lubo rzadziej, po innych chorobach spojówki. Plamki te, bardzo ciemne, znajdują się zwykle w samym środku spojówki tarczkowej górnej powieki, i to tak u osób, które jeszcze jaglicą były dotknięte, jak i u takich, które nosiły znamiona już przebytej choroby.

W przypadkach Steinera barwik wyłącznie znajdował się w komórkach nabłonkowych, zakrywając jądro, zresztą wolne od barwika. Tam, gdzie nabłonek wnika w głąb, tworząc właśnie w spojówce jagliczej wnęki i »gruczołki« (Trachomdrüsen), tam też i barwik znajdował się wedle tych badań w głębi utkania, nadając tem samem właśnie tym tworom wybitniejsze znamię. W pokładach podnabłonkowych znajdował autor tylko wyjątkowo barwik w komórkach okrągłych, o wielkich, prawie olbrzymich rozmiarach.

Podobne plamy barwikowe jaglicze widywał autor także u Chińczyków, a raczej tylko mieszańców chińskich z rasą malajską.

Steiner przyznaje wszakże, że prócz tych znamiennych plam zachodzą jednak u tych osobników i na spojówce plamki wrodzone, i to oczywiście daleko częściej, aniżeli u Europejczyków, a dalej wypowiada przekonanie, że to jaglica daje powód do wytworzenia się barwika, który w świeżych przypadkach przez ścieranie lub leczenie znika, gdy w miejscach rowkowanych, nierównych, łatwo przed takiem starciem się uchroni i zachowa. Z tem wszystkiem Steiner nie oświadcza się jasno, jakie jest pochodzenie tego barwika, czy to przybywanie barwika już istniejącego, czy też barwik nowo powstały. (Centralblatt für praktische Augenheilkunde, 1898: Über erworbene Pigmentflecke in der Bindehaut der Malayen, p. 202).

Odmiennie od typu plam barwikowych Steinera przedstawia Küsel plamki w dwóch przypadkach, również u chorych na jaglicę (żydówek), znalezione w spojówce górnej, a w drugim przypadku dolnej powieki (Kl. Monatsblätter f. Augenheilkunde 1907 p. 71). Tu barwik znajdował się w głębszych warstwach tkanki w komórkach wrzecionowatych i ruchomych (Wanderzellen), a zdaniem autora konfiguracya barwika przemawiałaby za powstaniem tegoż z wybroczyn, które wywołuje jużto mechaniczne leczenie, już też sama sprawa jaglicza, wiodąca do blizn; zaprzecza więc Küsel powstawaniu tych plam barwikowych ze znamion barwikowych wrodzonych.

W trzecim rzędzie Reiss opisuje z kliniki lwowskiej przypadek plamy barwikowej u 40-letniej kobiety, która przechodziła zapalenie jaglicze. W samym środku górnej powieki znalazł Reiss zabarwienie o 4 mm średnicy, ciemne, o nierównomiernem nasileniu.

Badanie mikroskopowe nie wykazało barwika w komórkach nabłonkowych. Wśród skąpojądrowej i grubowłóknistej tkanki warstwowe rozmieszczenie prawie czarnego barwika, drobniutko ziarnistego, zlewającego się w ziarna grubsze. Barwik nagromadzony wypełnia protoplazmę komórek. Miejscami zlewają się te komórki po 4—5, tworząc smugi, tylko gdzieniegdzie grudki, ułożone pozakomórkowo, ale w ich pobliżu. (O plamkach pigmentowych w bliznowatej spojówce powieki górnej przy jaglicy. Postęp okul., październik 1911).

Zastanawiając się nad przypadkiem powyższym, skłania się Reiss do przypuszczenia, że barwik znaleziony przez niego w powiece jagliczej jest melaninem, wytworzonym w myśl teoryi Nenckiego z produktów rozpadu ciał białkowatych, a w danym przypadku z obumierających pierwocin komórkowych ziarn jagliczych.

Już po powzięciu wiadomości o przytoczonych spostrzeżeniach miałem sposobność napotkać w materyale mej kliniki dwa przypadki jaglicy, w których stwierdziliśmy obecność po jednej plamce ciemnej barwikowej w spojówce górnych powiek.

Pokrótce podaję poniżej kilka szczegółów ważniejszych, dotyczących tych przypadków.

1) Sch. M., lat 31, robotnik, dawniej leczony z powodu jagliczego zapalenia, zgłosił się 11. 1. 1912. Rozpoznałem: »Cicatrices cojunctivae trachomatosae, pannus tenuis, nebulae corneae, argyrosis, synechiae posteriores, nystagmus oscillatorius oculi utriusque«. Na spojówce powieki prawie w samym środku znajduje się plama ciemna, nieregularna, podłużna, około 3—4 mm^2.

2) P. M., 49 letni, zgłasza się 25. 4., leczony w tutejszej klinice w latach 1907 i 1911. Choroba wzmaga się znowu. Rozpoznanie: »Conj. trachomatosa stad. III, pannus tenuis oc. utriusque, ulcus corneae centrale oc. dextri«. Na spojówce górnej lewej powieki plama ciemna na samym środku chrząstki, wielkości ziarna prosa.

Wobec zainteresowania się sprawą plam spojówkowych postanowiłem poddać je ścisłemu badaniu. W obu więc przypadkach po zakokainowaniu okroiłem plamkę nożykiem i wyciąłem aż do czystej tkanki tarczkowej. Właśnie w drugim przypadku okazała się spojówka bardzo zanikła, a plameczka tkwiła głęboko w chrząstce.

Badanie histologiczne przeprowadził bardzo dokładnie i opisał jak niżej asystent kliniczny Dr R o s e n h a u c h, utrwaliwszy wycięte kawałki w formalinie, a następnie przepoiwszy w zwykły sposób parafiną.

Oto wynik badania drobnowidowego:

»Przypadek I. Nabłonek spojówki prawidłowo ułożony, wielowarstwowy, płaski, bez rogowacenia powierzchownych warstw, bez ziarn barwikowych. Pod nabłonkiem grubo-włóknista tkanka łączna z nieznacznym naciekiem jednojądrzastych komórek limfoidalnych. Głębsze warstwy tej tkanki, w których usadowiony jest ów barwik, wywołujący znamię spojówkowe, są bardziej grubo-włókniste, a ilość jąder znacznie skąpsza. Barwik ciemno-brunatny, czasem wpadający w odcień czarny, ułożony jest przeważnie wewnątrzkomórkowo, składa się z drobniutkich ziarenek, zbijających się w grudki, wypełniające szczelnie komórki, tak, że nieraz z trudem można dostrzedz owalne jądro, leżące zazwyczaj w środku komórki. Komórki wypełnione barwikiem, oddzielone od siebie widocznemi liniami, tworzą całe smugi pomiędzy smugami grubowłóknistej tkanki łącznej i odnosi się to wrażenie, że jedne i drugie smugi, to taka sama tkanka, z tą tylko różnicą, że jednych komórki wypełnione barwikiem, którego brak w komórkach smug drugich. Tu i ówdzie widać ziarenka poza komórkami leżące.

Przypadek II. Pod względem ułożenia barwika, jego wyglądu, postaci komórek barwikowych, zachowuje się przypadek ten podobnie, jak przypadek I. Jedynie tylko budowa samej spojówki przedstawia się nieco odmiennie. Nabłonek wielowarstwowy płaski jest miejscami ograniczony do bardzo wąskiego paska, miejscami jest szeroki i wnika w głąb w postaci sznurów, nieraz dość długich. Tkanka podnabłonkowa jest bardzo obficie nacieklá drobnemi okrągłemi komórkami limfoidalnemi, które są zbicie ułożone i tworzą grubą warstwę naciekową. Miejscami naciek ten ma dość ścisłe granice, tworząc niejako ziarno (granulum). Warstwa skąpojądrowa, grubowłóknista, ułożona głębiej wraz z warstwami barwikowemi, zachowuje się jak w przypadku I.

O ile zatem w pierwszym przypadku sprawa jaglicza, już ustąpiwszy, pozostawiła bliznę, to w drugim naciek jagliczy przemawia za trwaniem cierpienia w okresie, zbliżającym się do zabliźnienia«.

Z opisu powyższych dwóch przypadków przekonujemy się, że tu odmiennie, aniżeli w przypadkach Steinera, barwik zawarty był tylko w komórkach tkanki łącznej, a wolne ziarenka jakoby po rozpadzie tych komórek gdzieniegdzie w pobliżu ogniska barwikowego. Sprawa jaglicza w jednym przypadku skończona wytworzeniem tkanki ściśle bliznowatej, gdy w drugim jeszcze w okresie drugim, t. j. rozpadu.

Przypadki oba były leczone, a zatem samoistny przebieg sprawy patologicznej jagliczej nie wchodził tu w grę. Przypadki, ogłoszone przez przytoczonych powyżej autorów, jako też i te dwa nasze własne, mają pewne odrębne znamiona, nasuwają szereg uwag, a przedewszystkiem:

Steiner widział plamy barwikowe tylko na górnej powiece spojówki jagliczej u Malajczyków i Chińczyków. Jak się zdaje, były one dość liczne, a zawsze tylko w komórkach n a b ł o n k o w y c h. Küsel znowu u dwóch żydówek dotkniętych jaglicą, widział barwik raz w górnej, to znowu w dolnej powiece. Tu barwik zajmował komórki tkanki łącznej. Reiss takoż ułożone ziarna barwikowe znalazł w spojówce górnej powieki. W naszych dwóch przypadkach, dotyczących żydów, analogicznie do przypadku Reissa plamy wystąpiły w górnych powiekach.

Nie chcę przesądzać o znaczeniu publikacyi Steinera, ale zdaje mi się, że właśnie ta częstotliwość tych zjawisk w jego materyale, jako też wykazanie barwika w komórkach nabłonkowych, przemawia za tem, iż tu chodzi o zwykłą koincydencyę nieraz u rasy ciemnej występującego zabarwienia plamkowego spojówki ze sprawą jagliczą. Zresztą w najnowszej swej publikacyi (Kl. Monatsblätter f. Augenhk. Oct. Nov. 1913 p. 534: Pigmentflecke u. Pigmentgeschwülste der Bindehaut bei verschiedenen Rassen) Steiner, obrawszy sobie za przedmiot badań znamiona barwikowe (naevi pigmentosi) spojówki, które u nas uchodzą za możliwy zarodek nowotworów złośliwych, przeczy, aby to samo odnieść można do tych tak częstych plam barwikowych spojówki Jawajczyków, ale przyznaje, że u rasy kaukazkiej, u której te rzadko występujące plamy prawdopodobnie jako wytwór atawistyczny uchodzić powinny, nieraz stają się wyjściem nowotworów. Powracając zaś do sprawy pojawienia się plam barwikowych w jaglicy, dodaje: »Noch sei hier erwähnt, dass das hier so häufige Trachom das Pigment sehr oft zur Wucherung bringt und allerlei schwarze Flecke bildet, namentlich gerne die Ränder der Körner am Oberlid mit schwarzen Säumen umrahmt, welche dann nach Ablauf des acuten Stadiums in der Narbe als zierliche Bogen und Netze oft noch erkennbar sind«.

Z drugiej więc publikacyi, jak sądzę, wynika niedwuznacznie, co z góry przypuszczałem, że jaglica n i e w y t w a r z a n o w e g o b a r w i k a, ale istniejący w spojówce do wzmożenia się doprowadza. Jaglica sama zatem żadnego i w tamtych przypadkach nie miała bezpośredniego wpływu na powstanie plam. Zresztą występowały one wedle Steinera i przy innych zachorzeniach spojówki.

Gdyby zresztą jaglica miała mieć jakiś wpływ na powstawanie barwika w spojówce, a raczej w chrząstce, to, jak już zaznaczyłem, przy tak ogromnym materyale, jaki w praktyce mej właśnie tej choroby widywałem i leczy-

łem, musiałbym był częściej się z tym objawem spotykać. Nie przeczę, że wobec uwagi, zwróconej w innym kierunku w przypadkach ostrych, plamy takie głęboko ułożone mogłyby były ujść baczności, jednak mniej wtenczas, gdy sprawa skończona, gdy chodzi przypadkowo o stwierdzenie blizn, najwybitniejszych zwykle na spojówkach górnych powiek, których chrząstki uległy znacznemu zbliznowaceniu. Przypominam sobie wprawdzie, że czasami, ale bardzo rzadko, podpadały mi ciemniejsze miejsca na spojówkach, a to wtenczas, gdy chory leczony był azotanem srebra w niewłaściwy sposób lub zbyt długo. Była to więc srebrzyca (argyrosis) w większem nasileniu. Natomiast nieraz badając szczegółowo, a badam zwykle także przy pomocy lupy, napotykałem plameczki barwikowe nietylko na rąbku spojówkowym, ale także i w innych miejscach spojówki. Podobnie i czarna barwa (melanosis) twardówki zdarza się jużto w bardzo ograniczonych miejscach, jużto na większej przestrzeni, a kilka odnośnych przypadków takiego zaczernienia twardówki, jako i licznych plamek barwikowych tęczówki widywałem w pięknych okazach i do późniejszej przechowuję publikacyi.

Sądzę więc, że tak samo mogą okolicznościowo zachodzić wrodzone plameczki (naevi) spojówki, czy raczej chrząstki. Plameczki te wskutek sprawy zapalnej mogą rozpleniać się, a następnie po ukończeniu sprawy jagliczej wybitniej występują.

Jednak jest to tylko osobiste moje zdanie, oparte na wrażeniach, wprawdzie odniesionych na podstawie bardzo licznego materyału klinicznego, ale nie dające się dowodami poprzeć.

Pomijając publikacyę Steinera, liczyć się jednak trzeba z faktem, że w kilku przypadkach napotkano takie ciemniejsze plamy właśnie u osób, które jaglicę przechodziły, (Küsel, Reiss i własne przypadki), a w takim razie stoimy wobec pytania, jaki czynnik wywołuje ich powstanie?

Küsel przyjmuje jako czynnik przyczynowy wybroczynę; zatem barwik pochodziłby tu z krwi, mimo, że odczyn żelaza wypada ujemnie. Ależ wybroczyny spojówkowe nie należą bynajmniej do rzadkości. Küsel daje wyraz mniemaniu, że do takiej przemiany krwi miałyby być konieczne blizny jaglicze, utrudniające rzekomo wessanie krwi wybroczynowej. Wiem jednak, że i takie wybroczyny u osób starszych wogóle, a przy zabiegach ręcznych u chorych na jaglicę zdarzają się aż nazbyt często. Musielibyśmy więc nieraz spotykać się z tym objawem. Reiss znowu skłania się do wniosku, iż barwik w jego przypadku, a może i innych podobnych, jest melaninem, wytworzonym w myśl teoryi Nenckiego z produktów rozpadu ciał białkowatych, a w danym przypadku z obumierających pierwocin komórkowych ziarn jagliczych.

Nie myślę zbijać tej teoryi, postawionej przez tak znakomitego badacza, jakim był Nencki; pozwalam sobie atoli powtórzyć raz jeszcze uwagę, że gdyby takie było pochodzenie naszych plam barwikowych, musielibyśmy je spotykać często, gdyż wiadomo każdemu praktykowi, że jaglica nierzadko bez leczenia ustępuje, pozostawiając blizny.

Teorya ta, przyznajemy, jest wielce nęcącą, ale sądzę, że tu musi chyba jakiś inny jeszcze czynnik współdziałać, jakiś moment dotychczas niedocieczony, zwłaszcza, że jednak te plamki u nas należą do wielkich wyjątków.

Wszak w patologii zagadek takich posiadamy wiele. Przypominam choćby tylko przypadek przezemnie ogłoszony o melanotycznej zawartości torbieli ocznych, połączonych z wrodzonym brakiem gałek. Jest to jedyne dotychczas spostrzeżenie (później spotkałem drugi przypadek w mej praktyce lekarskiej), dla którego wytłómaczenia czy potwierdzenia nie podniósł się w literaturze dotychczas ani jeden głos.

A więc skąd biorą się owe kępki barwikowe, przeważnie, jak się zdaje, występujące na spojówce górnych powiek?

Wedle mego przekonania plamy te nie mają żadnego związku bezpośredniego z jaglicą. Drobne plamki nieraz spotykałem także i u naszych chorych nietylko na rąbku spojówkowym, ale okolicznościowo także i na samej spojówce, jużto tarczkowej, jużto załamków.

Takie kępki barwikowe lub pojedyncze chromatofory u osobnika, dotkniętego jaglicą czy inną sprawą zapalną tkanki, ulegają rozplenieniu. Przychodzi więc do większego nagromadzenia komórek barwikowych, a wtenczas powstaje mylny pozór ich pochodzenia.

Przypuszczając jednak, że tam, gdzie je w przypadkach ogłoszonych po jaglicy napotkano, złogów barwikowych poprzednio rzeczywiście nie było, to pytania, jak powstaje ten barwik, zawsze jeszcze nie będzie można rozstrzygnąć.

Wedle Ehrmana komórki barwikowe są komórkami łącznotkankowemi, a materyału barwnego dostarcza krew, której barwik przerabia się w komórkach. Barwik więc melanotyczny wytwarza się z barwika krwi przez wnikanie do komórek łączno-tkankowych chromatoforów, które właśnie wytwarzają barwik i dlatego nazwane być powinny chromatoblastami albo melanoblastami.

Pozostaje jeszcze pytanie, dlaczego te plamy, przynajmniej w przypadkach ogłoszonych, z wyjątkiem jednego, podanego przez Küsla, znajdowano na spojówce górnych powiek. Jeżeliby w rzeczywistości sprawa silniejszego bliznowacenia odgrywała przytem jakąś rolę, natenczas łatwo zrozumieć, że warunki ku temu w jaglicy właśnie na spojówce tarczkowej powiek górnych są daleko podatniejsze, aniżeli na spojówce dolnej powieki, gdzie sprawa jaglicza wogóle nie bywa tak nasiloną i gdzie wązki pasek chrząstki tarczkowej nietyle podlega sprawie następowej zapalnej, co górny. W przeciwnym jednak razie bylibyśmy skłonni przypuszczać, że to pojawianie się plamek barwikowych na spojówce górnych powiek jest przypadkowe, albo, że łatwiej występują i w oko wpadają takie plamki, aniżeli podobne na pomarszczonej spojówce dolnych powiek.

Sądzę zresztą, że pilne badanie w tym kierunku dalszych przypadków rzuci pożądane światło na tę, rzeczywiście, czy pozornie, niejasną sprawę.

Z petersburskiego Zakładu położniczego.

W sprawie działania sekakorniny w okresie poporodowym

przez

Dr med. Aleksandra Karnickiego

starszego lekarza Zakładu.

Sekakornina (wyrób firmy »Roche«) cieszy się już od pewnego czasu wielkiem uznaniem położników, którzy temu lekowi nie skąpią pochlebnych słów. Tłómaczy się to tem, że dotąd brakowało ściśle pewnych środków, ponieważ sporysz niezawsze odpowiada stawianym wymaganiom. Jak wiadomo, wśród składników sporyszu są niektóre całkiem nie działające, a nawet są i szkodliwe; prócz tego siła działania tego środka w wysokim stopniu zależy tak od pory, jak i od miejsca zbioru. Z tego powodu jakby samo przez się wyłoniło się zapotrzebowanie takiego środka, któryby, silnie działając, a będąc całkiem wolnym od zbytecznych domieszek, mógł być ściśle dawkowanym. Takim właśnie środkiem jest sekakornina Roche, która działa na włókna mięsne macicy i jej naczyń, wywołując energiczne kurczenie się włókien mięsnych macicy i wskutek tego wstrzymując krwotok, o ile on zależy od niedostatecznego skurczenia się ścian macicy A więc środek ten całkiem nie działa w przypadkach zaniku mięśni macicznych i tam, gdzie brak elementów, mogących się kurczyć.

Z powodów wyżej wymienionych uważają sekakorninę za jeden z najlepszych środków w praktyce położniczej. Walther zaleca ją w przypadkach zwątlenia macicy, jak również jako środek zapobiegawczy przy ciąży bliźniaczej, nadmiarze wód płodowych i we wszystkich przypadkach nadmiernego rozciągnięcia macicy. Sellheim uważa sekakorninę za środek silnie działający, ponieważ już po wstrzyknięciu pół strzykawki Pravaza stwierdzał kurczenie się nietylko samej macicy, lecz i więzadeł obłych. Zdaniem Nawy główna zaleta sekakorniny polega na tem, że wstrzyknięcie, które jest całkiem niebolesne, działa już po pięciu minutach.

Nie zatrzymując się dłużej na przytaczaniu zdań cudzych. przechodzę do wyniku własnych badań. Zadaniem mojej pracy było ściśle skontrolowanie działania sekakorniny w czasie poporodowego skurczenia się macicy i porównanie tego działania z działaniem sporyszu. Rozporządzając dużym materyałem Zakładu położniczego petersburskiego, badania prowadziłem osobiście, by wyłączyć możebne w tym razie błędy podmiotowe, jeśliby spostrzeżenia zbierało kilku badających.

Wszystkie badane położnice rozdzieliłem na kilka grup. Pierwszą. a najliczniejszą (76), stanowiły te, którym po odejściu łożyska wstrzyknięto jedną strzykawkę sekakorniny. a w ciągu 2 dni następnych podawano sekakorninę wewnętrznie, po 10 kropel 3 razy dziennie. Drugą grupę stanowiły położnice (44), które prócz wstrzyknięcia sekakorniny po porodzie otrzymywały w ciągu 2 dni następnych jeszcze po jednem wstrzyknięciu. Trzecia grupa służyła do porównania; te położnice tak po porodzie, jak i w następ-

I. Grupa.

Położnice, które otrzymywały pierwszy raz sekakorninę podskórnie, a potem wewnętrznie w kroplach.

Numer	Nazwisko	Która ciąża	Wymiar macicy		
			2 d.	5 d.	8 d.
314	A. P.	2	15—14	6—8	4—3
319	M. Z.	1	16—11	6—8	nie wymac
328	M. I.	1	20—14	11—12	nie wymac.
331	N. S.	2	10—12	8—6	6—7
330	A. S.	5	15—13	10—8	nie wymac.
326	M. F.	1	11—14	7—9	nie wymac.
333	D. P.	2	18 - 15	10—13	7—9
332	A. M.	2	17—15	8 - 6	nie wymac.
329	A. P.	2	14—14	10—12	7 - 8
324	E. M.	7	15—14	10—12	4—5
428	P. B.	1	12—13	8—7	nie wymac.
440	E. S.	1	8—10	6—8	nie wymac.
441	E. S.	10	9—10	6—7	nie wymac.
442	S. M.	1	9—11	7—9	4—6
444	E. P.	6	11—10	10—8	4—6
445	A. S.	1	13—12	8—8	nie wymac.
446	A. S.	1	13—12	7—7	4—5
447	P. S.	5	13—12	8—6	nie wymac.
448	P. B.	2	13—14	12—11	6—7
449	E. W.	8	14—13	10—11	6—7
450	L. S.	1	13—14	9—9	nie wymac.
451	E. K	3	11—13	7—6	nie wymac.
452	E. S.	3	12—13	6—9	nie wymac.
453	E. W.	2	11—14	8—7	nie wymac.
454	O. M.	3	15—14	7—7	nie wymac.
455	A. W.	8	12—14	6—7	nie wymac.
458	P. L.	5	18—13	10—8	6—7
672	A. S.	3	14 - 16	13 - 14	10 - 13
673	M. Z.	5	19—22	13—16	8—9
671	A. S.	1	22—23	15—16	11—10
670	S. K.	1	22—23	10—11	9—9
538	I. T.	1	13—15	8—10	nie wymac
548	O. N.	6	12—10	9—8	6—6
544	A. B.	2	13 - 16	9—12	4—6
545	D. U.	3	13—17	9—11	2 4
546	A B.	3	10—18	11—13	5—8
549	E. S.	2	12 - 11	9—9	nie wymac.
550	U. L.	1	20—16	15—13	5—8
552	M. P.	2	14—12	13—11	8—8
553	D. O.	2	15—11	8—6	nie wymac.
555	E. S.	1	12—10	8—8	nie wymac.
557	M. S.	3	10 - 9	8—7	nie wymac.
768	E. B.	3	15—14	nie wymac.	nie wymac.
769	E. K.	1	12—14	7—6	nie wymac
764	A. E.	3	17—13	9—9	nie wymac.
763	O. P.	2	18—15	7—8	nie wymac.
771	P. C.	8	12 - 14	6 8	nie wymac.
772	S. G	1	12—12	8—6	nie wymac.
767	M. A.	4	10 12	8—7	nie wymac.
780	T. P.	3	12—11	8—7	nie wymac.
774	T. A.	1	13—11	9 - 9	4—4
776	E. B.	1	16—14	8—7	nie wymac
779	A. K.	3	14—11	12—11	nie wymac.
755	A. M.	4	14—12	10—8	7—6
777	P. I.	1	13—10	8—9	nie wymac.
770	A. O.	2	17—16	11—11	nie wymac.
995	N. L.	1	17 - 16	11—9	8—6
998	M P.	3	15—16	12—13	6 7
1001	E. D.	1	13—12	9—8	nie wymac
1002	P. T.	2	14—12	10—8	6—5
1003	P. E.	1	11—12	10—10	nie wymac.
1004	I. C.	2	12—13	11 - 9	6 - 7
1005	E. P.	1	13—15	8—7	nie wymac.
1043	A. P.	1	16—15	6—5	nie wymac.
1228	M. B.	1	15—20	8—10	3—4
1229	A. K.	1	8—16	7—6	nie wymac.
1235	F. S.	2	11—12	6—8	nie wymac.
1236	W. B	3	12—12	9—10	nie wymac.
1237	E. Z.	1	17—13	14—13	12—10
1238	A. P.	1	11—11	9—9	6—6
1239	N. B.	3	14—13	8—9	nie wymac
1240	A. D.	3	10—13	9—9	nie wymac.
1241	W. P.	5	11—13	6—6	nie wymac.
1242	A. N.	11	11—8	8—8	nie wymac.
1244	E. P.	10	12—14	6—8	4—3
1245	E. P.	2	14—15	8—9	nie wymac.

II Grupa.

Położnice, które otrzymywały sekakorninę tylko podskórnie.

Numer	Nazwisko	Która ciąża	Wymiar macicy		
			2 d.	5 d	8 d.
647	O. G.	1	16—15	9 10	4—4
660	A. P.	1	15—14	11—8	4—4
668	E. D.	2	15—14	10—10	nie wymac.
669	A. B.	1	8—13	nie wymac.	nie wymac
664	E. S.	1	14—12	8—8	5 5
602	A. O.	1	14—16	7—9	4—4
666	E. D.	2	8—13	8 8	nie wymac.
879	L. N.	1	15 14	8—6	nie wymac.
890	A. G.	5	12—18	8—9	3—4
892	A. R.	5	19—16	9—9	6—8
894	M. R.	6	14—15	6—7	3—3
896	M. P.	5	18—16	9—10	5—7
897	M S.	7	10—11	4—8	nie wymac.
899	Z. L.	4	14—13	8—7	4—6
1109	P. T.	4	14—15	6—7	nie wymac.
1113	P. A.	1	11—11	10—9	5—4
1115	A. S.	1	18—15	12—10	nie wymac.
1117	P. W.	2	12—11	11—10	nie wymac.
1118	P. G.	3	13—12	8—10	nie wymac.
1119	E. K.	2	12—11	8—11	nie wymac.
1120	A. K.	1	14—12	8—9	nie wymac.
1122	M. S.	2	11—11	7—7	3—3
1123	M. A.	1	13—14	8—8	5 5
1124	W. K.	1	14—11	8—11	5—7
1125	M. P.	1	12 12	10—9	4 4
1336	P. D	5	15 12	10—19	5—5
1337	O. A.	1	9—10	4 6	2—3
1341	A. G.	1	13—12	9—10	5—5
1343	E. S.	1	14—12	7—6	nie wymac.
1346	M S.	1	14—15	7—7	nie wymac.
1347	T. D.	1	12 11	7—5	nie wymac.
1348	O. Z.	3	15—15	8—9	nie wymae.
1349	M. R.	1	19—16	5—5	3 3
1350	M. G.	3	12—13	5—7	nie wymac
1351	M. N.	3	17—12	12—12	9—9
1353	M. K.	4	17—14	12—12	9—8
1355	A. W.	9	13—14	9—9	7—6
1356	P. B.	3	13—12	7—8	nie wymac
1357	E. I.	1	14—13	14—13	nie wymac.
1358	E. G.	2	12—16	8—13	3—5
1360	M. S.	3	14—11	8—10	3 5
1361	P. M.	4	12—12	7—7	3—3
1359	F. M.	2	12—13	8—8	nie wymac.
1362	E. K.	2	10—12	5—6	nie wymac.

III Grupa.

Położnice, które otrzymywały sporysz.

Numer	Nazwisko	Która ciąża	Wymiar macicy		
			2 d.	5 d.	8 d.
1446	L. S.	7	16—20	10—12	7—7
1456	S R.	3	12—12	8—8	nie wymac.
1459	N. P.	8	12—10	6—7	nie wymac.
1461	M. L.	2	11—10	8—7	5—4
1462	A. D.	1	15—10	16 12	8—5
1419	M. K.	1	16—15	12—11	7—5
1445	M. L.	1	14—12	10 9	6—5
1450	G. W.	1	16—17	9—9	nie wymac.
1434	N O.	13	18—10	15—13	10—9
1457	M. K.	2	10—11	10 9	6—6
1447	M S.	1	12—13	7—8	nie wymac.
1460	A. S.	1	13—13	13—13	7—7
1455	U. S.	8	14—15	13—14	6—7
1451	E. M.	1	12—10	9—9	7—6
1656	M. W.	7	10—11	8—7	nie wymac.
1653	E. A.	11	17—16	6—7	nie wymac.
1659	L. K.	1	16—15	9—10	nie wymac.
1619	L. I.	2	13—16	7—9	6—7
1648	E. T.	3	14—13	10—9	6—8
1657	W. I	2	14—15	11—10	5—4
1661	G. W.	1	15—13	8—7	4 6
1664	Ł. M	1	17—17	8—9	nie wymac.
1666	N. E.	4	18—15	13—11	8—8
1667	E. S.	3	18—10	4—6	3—4
1669	E. A.	7	18—18	13—13	10 10
1670	M G.	2	11—13	6—7	3—3
1671	E M	3	10—15	10—9	3—5
1672	A. I.	2	16 15	9—8	nie wymac.
1764	A. K.	1	15—12	8—8	7—6
1771	P. M.	1	17—13	7—9	4—5
1774	T. W.	1	8 9	5—6	4—4
1775	E. P.	3	9—8	6 6	5 3
1776	M. M.	1	17—18	11 12	6—0
1779	A. F.	2	21—21	11—12	7—6
1780	O. S	2	13—15	9—10	3—4
1781	I. K.	6	13 14	9—10	7—7
1782	D. B.	2	13—13	11 12	5—4

pnych dniach otrzymywały 0·6 sporyszu wszystkiego mniej więcej w ilości 10 proszków.

Stosunek pierworódek do wieloródek był prawie jednaki we wszystkich 3 grupach; a mianowicie: w pierwszej pierworódek było 28 (36·8%), w drugiej 19 (43%), w trzeciej 14 (37·8), a więc właściwość szybszego skurczenia się poporodowego macicy pierworódek w naszych badaniach nie mogła wchodzić w rachubę. U wszystkich położnic codziennie mierzono wysokość dna macicy, jakoteż jej szerokość, ponieważ tylko przy tych obu wymiarach można mniej więcej ścisle ocenić rzeczywistą wielkość macicy.

Dla badań porównawczych brałem wymiary 2, 5. i 8. dnia po porodzie, wynik pomiarów zestawiam w tablicach. Z tych tablic widzimy, że położnic. u których na drugi dzień żaden wymiar nie przewyższał 15 cm, w pierwszej grupie było 44 (58%), w drugiej 27 (61%), w trzeciej 15 (40%). Na 5. dzień położnic z obu wymiarami poniżej 10 cm było w I. grupie 46 (60%), w II. grupie 27 (61%), w III. grupie 18 (48·6%). Na 8. dzień macica nie była całkiem wymacalna w I. grupie u 44 (58%), w II. grupie u 19 (43%), w III grupie u 9 (24·3%). Wyżej wymienione dane niewątpliwie świadczą o najgorszem kurczeniu się macicy tych położnic, które otrzymywały sporysz, ponieważ 8. dnia po porodzie tylko w 24·3% macica nie była wymacalna. Co się zaś tyczy dwóch pierwszych grup, trudno powiedzieć stanowczo, lecz odnosi się wrażenie, jak gdyby na razie kurczenie się macicy postępowało energiczniej tam, gdzie wstrzyknięto sekakorninę pod skórę.

Wstrzykiwania sekakorniny, będąc nie bolesnemi, działały szybko, macica kurczyła się znakomicie nawet w przypadkach znacznego jej osłabienia. W ciągu całego czasu badań nad sekakorniną ani razu nie zdarzyło mi się widzieć tak silnego krwotoku atonicznego, bym był zmuszony użyć tamponowania macicy lub sposobu Momburga. Trudno sądzić, czy wstrzykiwania sekakorniny, wywołując dobre kurczenie się macicy, tem samem zapobiegały mogącemu nastąpić zwątleniu, czy też był to prosty przypadek; jednakże sądziłbym, że w tem jest pewna zasługa sekakorniny. Dobre skurczenie się macicy, wywołując szybkie zaciśnięcie naczyń w miejscu usadowienia się łożyska i zmniejszenie jamy macicznej, tem samem musi zmniejszyć odsetek chorób poporodowych.

W liczbie badanych przezemnie miałem trzy przypadki ręcznego oddzielenia łożyska, które, jak wiadomo, najczęściej wiedzie do zakażeń poporodowych, tymczasem tym razem wszystko zakończyło się pomyślnie. W przypadkach operacyjnych, jak obrót lub kleszcze, ani razu po

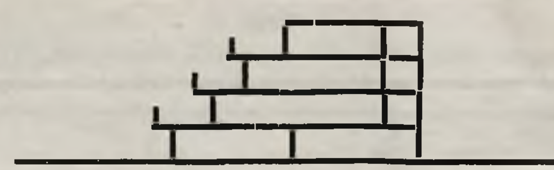
wstrzyknięciu sekakorniny nie widziałem krwotoku z powodu zwątlenia macicy. Nakoniec muszę zaznaczyć, że położnice, które otrzymywały sekakorninę, o wiele rzadziej, niż zwykłe uskarżały się na kurcze poporodowe bolesne, tak częste u wielorodek. Na podstawie więc mych badań sądzę, że sekakornina Roche o wiele przewyższa sporysz co do szybkości i siły działania na włókna mięsne macicy, że przeto należy się jej szerokie zastosowanie w położnictwie, w przypadkach zwątlenia macicy, jak również, jako środek zapobiegawczy w okresie poporodowym dla wywołania silniejszego skurczenia się macicy.

Oceny i sprawozdania.

Dr D. Sarason (Berlin). **Das Freilufthaus.** Ein neues Bausystem für Krankenanstalten und Wohngebäude. Monachium 1913, (J. F. Lehmann). Z 6 tablicami i 32 rycinami w tekście, stron 122. Cena 5 M.

Pomysł Sarasona, podany pierwotnie w r. 1902, zyskał mu w r. 1908 nagrodę na międzynarodowym Zjeździe przeciwgruźliczym w Washingtonie w postaci złotego medalu. Odznaczenie to, przyznane w Ameryce, łatwiej zrozumieć, jeżeli się uwzględni, że właśnie w wielkich miastach Stanów Zjednoczonych z powodu drożyzny gruntów budowlanych coraz częściej odstępują przy budowie szpitali od rozpowszechnionej zasady współczesnej jednopiętrowych pawilonów i stawiają najnowsze szpitale nietylko paropiętrowe, ale nawet już siedmiopiętrowe (miejski szpital Bellevue w Nowym Yorku). W takich budowlach zaś staje się sprawa dostatecznego światła i powietrza zagadnieniem pierwszorzędnej wagi, zwłaszcza tam, gdzie zachodzi potrzeba stworzenia leżalni na wolnem powietrzu, łatwo dostępnych nawet dla słabszych chorych. Dla takich chorych powinny leżalnie znajdować się w pobliżu sypialni i na jednym z niemi poziomie; tymczasem budowanie takich leżalni w dotychczasowy sposób, jako balkony lub loggie, nietylko zabiera światło i bezpośredni dostęp powietrza sąsiednim salom, ale także, jak Sarason wywodzi, w znacznym stopniu chybia celu, bo wymiana i ruch powietrza w leżalniach, stale nakrytych od góry, jest niewielka i nie daje się porównać z działaniem leżalni pod gołem niebem (a raczej tylko czasowo zakrywanych lekkiemi markizami). W tym względzie zajmuje Sarason stanowisko wcale skrajne, uzasadniając je twierdzeniem, że korzystny wpływ leżalni i wogóle przebywania na wolnem powietrzu polega nietyle na chemicznej czystości powietrza, ile na (łagodnem) odbieraniu ustrojowi ciepła, zależnem w pierwszym rzędzie od ruchu powietrza otaczającego, co doświadczalnie udowodnił Frankenhäuser. Ale nietylko w tym względzie staje Sarason na stanowisku odrębnem; mianowicie jego zdaniem epoka systemu pawilonowego w szpitalnictwie wkrótce już powinna się skończyć, skoro tylko ugruntuje się przekonanie, że ten system jest w stosunku do osiąganych korzyści za kosztowny (szpital Virchowa w Berlinie na 2000 łóżek kosztował $19^1/_2$ miliona marek, t. j. jedno łóżko prawie 10.000 marek) i że tesame korzyści można osiągnąć przez znacznie tańszą budowę wielopiętrową, byleby dawny ten system odpowiednio przekształcić.

To przekształcenie polega na pomyśle o bardzo prostej zasadzie: Sarason proponuje mianowicie budować gmachy terasowate, których przekrój pionowy przedstawia się w ten mniej więcej sposób:



W takich gmachach na każdem piętrze powstaje terasa, bezpośrednio dostępna z sal chorych, rozszerzona ku przodowi przez występ balkonowy.

Ten sposób budowania nadawałby się nietylko dla szpitali, ale także dla zwykłych budynków mieszkalnych i rozwiązywałby, zdaniem Sarasona, najprościej i najtaniej zagadnienie higienicznych mieszkań dla ludności niezamożnej, pozwalając zarazem zmniejszyć do ostatecznych granic szerokość ulic bez ujęcia światła i powietrza stojącym przy nich domom.

Na szeregu planów, dołączonych do swej książki, dowodzi Sarason, że ten system budowania pozwala na rozkład sal szpitalnych, jakoteż mieszkań w zwykłych domach, zupełnie dogodny i wcale nie gorszy, niż przy dotychczasowym systemie budowania. Techniczną stronę sprawy objaśniają rozdziały, napisane przez Nussbauma, profesora higieny w politechnice w Hanowerze i inżyniera Bechera z Berlina. Pierwszy podaje informacye, jakich materyałów należałoby użyć do takiej budowy (najlepszy i najtańszy byłby tuf wapienny), jak budynek taki zabezpieczać od wpływów atmosferycznych, jak rozwiązać rozmaite szczegóły techniczne i t. d.; drugi zestawia ściśle techniczne obliczenia konstrukcyjne, oraz przytacza kilka kosztorysów (szpital na 100 łóżek bez urządzenia wewnętrznego 370.000 marek, jedno łóżko zatem tylko 3.700 marek). W końcu Dr Bardswell, dyrektor sanatoryum im. króla Edwarda VII w Midhurst, zbudowanego takim systemem, podaje opis budynku i sprawozdanie z kilkoletniej czynności sanatoryum.

Jaki wpływ wywrze książka Sarasona na budownictwo szpitalne i miejskie, niepodobna dziś przewidzieć. Jeżeli się ten system rozpowszechni, — a wobec postępów nowoczesnej techniki budowle takie nie przedstawiają trudności i nie wypadną drożej od systemów dotychczasowych, — to nazwisko Sarasona stanie się głośne. Dlatego nie zaszkodzi tu zapisać, że w podobny sposób zbudowane sanatoryum istnieje od lat kilkunastu..... w Polsce. Jest to zakład »Goplana« Dr Kozłowskiego w Ojcowie. Zakład ten zbudował Ludwik hr. Krasiński według projektu p. Chylińskiego w r. 1886/7, a więc na 16 lat jeszcze przed pierwszym pomysłem Sarasona. C.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Horner. **O ciśnieniu krwi w schorzeniach nerek.** (Wien. med. Woch. 1913 Nr 24). Objawy kliniczne, spostrzegane w narządzie krążenia w przebiegu zapalenia nerek, przedstawiają pewne różnice, zależnie od tego, czy zapalenie nerek jest ostre, czy przewlekłe. W ogólności stwierdza się, że zapalenie nerek śródmiąższowe wiedzie do przewlekłego wzmożenia ciśnienia; również i w przewlekłych postaciach, które przechodzą w marskość, spotyka się wysokie ciśnienie. Natomiast zapalenia nerek miąższowe wywołują tylko w okresie poduremicznym ostre podniesienie ciśnienia; w przypadkach ostrego zapalenia nerek może również ciśnienie wzmagać się. Przypadki marskości nerek bez zwiększonego ciśnienia opisywano rzadko. W przewlekłych zapaleniach miąższowych wzmożone ciśnienie nie jest tak stałym objawem, jak w śród-

miąższowych. Przy nerce skrobiowatej, zapaleniu miedniczek lub przy zapaleniu nerek i miedniczek brak z reguły wzmożenia ciśnienia, przy roponerczu może się zdarzyć, lecz znika w miarę znikania sprawy ropnej. Co do przyczyn, wywołujących wzmożenie ciśnienia, zdania są podzielone. Oprócz mechanicznej teoryi Traube-Cohnheima, znajduje i chemiczna teorya Brighta wielu zwolenników. N.

Binswanger. **Odczyn Abderhaldena u chorych na padaczkę.** (Münch. med. Woch. 1913 Nr 42). Wyniki badań autora są następujące: W napadzie padaczkowym typowo rozwiniętym stwierdza się stale w surowicy krwi chorego zaczyny ochronne przeciw substancyi kory mózgowej. Z faktu tego wynika, iż możliwem jest odróżnienie na drodze serodyagnostycznej napadu padaczkowego od histerycznego. Jeśli w okresach poza napadami nie stwierdza się zaczynów ochronnych, to przemawia to według doświadczeń Binswangera za tem, że w danym przypadku nie zachodzi żadna postępująca sprawa anatomiczna, oraz że nie należy się obawiać postępującego zapadu psychicznego. Ujemny wynik odczynu Abderhaldena w okresach poza napadami może być też i przez to spowodowany, że rozpad tkanki mózgowej bywa zakryty przez sprawy rozpadowe w innych narządach. W równoważnikach padaczkowych, stanach zamroczenia i t. p. nie stwierdza się, jak dotąd, obecności zaczynów. N.

Plate. **Meningitis saturnina.** (Münch. med. Woch. 1913, Nr 42). Autor opisuje przypadek. dotyczący pewnego robotnika, który leczył się dawniej na kolkę ołowiczą, dłuższy jednak czas nie oddawał się zajęciu w fabryce ołowiu i nagle zachorował wśród objawów zapalenia opon: bóle głowy, sztywność karku, lekkie zamroczenie świadomości, później wymioty i gorączka. Ciśnienie płynu mózgowo-rdzeniowego wynosiło 440 mm, płyn zaś sam zawierał liczne limfocyty. We krwi stwierdzono liczne ciałka czerwone z ziarnistością bazofilną. Po silnej biegunce i krwotoku z nosa nastąpiło polepszenie i objawy powoli znikły; ciśnienie mózgowo-rdzeniowe dłuższy czas było wzmożone, a płyn zawierał sporo limfocytów. N.

Dreyfuss. **Wstrzykiwania zgęszczonych rozczynów starego salwarsanu z pomocą strzykawki.** (Münch. med. Woch. 1913, Nr 42). Wstrzykiwania zgęszczonych rozczynów salwarsanu z pomocą strzykawki (w ilości 0·1 do 0·5 w 35 cm^3 wody dwa razy przekroplonej) przedstawiają większe korzyści, niż powszechnie stosowane wlewania dużych ilości płynu. Odczyny, tak przedmiotowe, jakoteż i podmiotowe, są znacznie słabsze; obciążenie krążenia jest mniejsze z powodu mniejszej ilości wstrzykniętego płynu; dalej zdaje się, że zgęszczone rozczyny salwarsanu dłużej zostają zatrzymane w ustroju. Dla lekarza zaś, jakoteż dla chorego, wstrzykiwania z pomocą strzykawki są wygodniejsze i przyjemniejsze. Technika jednak tych dożylnych wstrzykiwań musi być bez zarzutu, gdyż nacieki salwarsanowe w tkance okołożylnej są boleśniejsze i niebezpieczniejsze, niż po wstrzykiwaniach rozczynów nie zgęszczonych. N.

Katz. **Wstrzykiwanie zgęszczonego neosalwarsanu do żyły.** (Münch. med. Woch. 1913, Nr 42). Wstrzykiwania zgęszczonego neosalwarsanu mają silniejsze od wlewań działanie lecznicze, które jest równe prawie działaniu salwarsanu. W 24 godziny po wstrzyknięciu nie można w wykwitach kiłowych znaleść już krętków. Wpływ na odczyn Wassermanna jest wybitny. Sposób ten jest najlepszym ze wszystkich dotychczasowych sposobów stosowania salwarsanu z powodu łatwej techniki, braku następstw, oraz wybitnego działania leczniczego. N.

Gambaroff. **Rozpoznawanie złośliwych nowotworów i ciąży z pomocą sposobu Abderhaldena.** (Münch. med. Woch. 1913, Nr 30). Badania 32 surowic normalnych i surowic ciężarnych sposobem Abderhaldena dały wyniki bez zarzutu; wśród 50 surowic chorych na nowotwory złośliwe, raz jeden tylko spotkał autor mylne rozpoznanie. W przypadku tym chodziło o zakażenie kiłowe przy równoczesnym dodatnim odczynie co do raka. Autor stwierdził prócz tego w swych badaniach ciekawy fakt, że surowice chorych na raka oddziaływały tylko na białko rakowe, a nigdy nie oddziaływały na tkankę mięsakową i naodwrót surowice chorych na mięsaka dawały z tkanką rakową zawsze odczyn ujemny, a z białkiem mięsakowem zawsze dodatni. N.

Pavlos Az. Petridis. **Serodyagnostyka nowotworów według Dungerna.** (Münch. med Woch. 1913, Nr 24). Na podstawie wyników badań 91 przypadków nowotworów wysnuwa autor następujące wnioski: Raki żołądka dają najlepsze wyniki; na 12 badanych raków żołądka 10 oddziaływało dodatnio, 1 ujemnie, a 1 wątpliwie. Na 7 przypadków przerostu sterczu, u których klinicznie nie było danych wskazujących na złośliwość sprawy, co zresztą operacyjnie lub mikroskopowo było potwierdzone, wszystkie oddziaływały ujemnie; podobnie 5 przypadków kamicy żółciowej oddziaływało ujemnie; to samo tyczyło się 4 przypadków wola. Z 11 przypadków gruźlicy chirurgicznej 8 oddziaływało ujemnie, a 3 dodatnio; ten fakt potwierdza dawniejsze przypuszczenia, że z pośród różnych schorzeń, gruźlica najczęściej daje odczyn dodatni. Z nowotworów rak odbytnicy daje najgorsze wyniki. Autor badał trzy raki odbytnicy i wszystkie trzy dawały wyraźną hemolizę; lepsze wyniki dają nowotwory innych części przewodu pokarmowego; na 4 przypadki, 3 oddziaływały dodatnio, a 1 ujemnie. Z 17 przypadków nowotworów złośliwych 13 dawało dodatni, 3 ujemny, a 1 wątpliwy wynik. Z 19 przypadków innych schorzeń 16 oddziaływało ujemnie, a 3 dodatnio. N.

Fischer. **Choroba morska a wagotonia.** (Münch. med. Woch 1913, Nr 30). Podobieństwo objawów choroby morskiej do objawów, jakie autor spostrzegał po drażnieniu n. błędnego zapomocą fizostygminy naprowadziło go na myśl zastosowania atropiny w chorobie morskiej. Po wstrzyknięciu $^3/_4$— 1 mg nastąpiła w 52 przypadkach uderzająca poprawa Badanie w kierunku obecności objawów ze strony n. błędnego (puls. irreg. respirat., objaw Aschnera) wykazały, że przedewszystkiem ci ludzie szybko i ciężko zapadają na morską chorobę, u których klinicznie stwierdza się wrażliwy n. błędny. Prawie wszystkie objawy choroby morskiej dadzą się wytłómaczyć jednem podrażnieniem układu nerwowego autonomicznego. N.

Hoesslin. **Limfocytoza u asteników i neuropatów i jej znaczenie kliniczne.** (Münch. med. Woch. 1913, Nr 21 i 22). Limfocytoza występuje, podobnie jak w cukrzycy, otyłości i chorobie Basedowa, także i u asteników, neuropatów oraz w wielu nerwicach. Wskazuje ona wogóle na jakieś zaburzenie czynnościowe układu limfatycznego, grasicy i gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu. Astenię zaś i inne stany neuropatyczne należy odnieść do stanu limfatycznego lub grasiczo-limfatycznego ze współudziałem innych gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu. Zaliczenie tych stanów do skaz jest usprawiedliwione, o ile pod skazami rozumiemy nabytą, konstytucyonalną skłonność gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu do dysfunkcyi; przez to określenie zrozumiałą będzie przynależność różnych skaz. Korzystne działanie arszeniku w niektórych stanach neuropatycznych odnieść należy do wpływu na układ limfatyczny, który objawia się tem, że usuwa limfocytozę i leukopenię neutrofilną. N.

Chirurgia.

Herzfeld. **Alkohol celem zapobiegania ostremu zatruciu kokainą.** (Zbl. f. Chir. 1913, Nr 44). Kokaina, stosowana miejscowo, nieraz wywołać może ostre objawy zatrucia. Przeciwko temu okazał się zbawiennym środkiem alkohol i H. stosuje zawsze na $^1/_4$ godziny przed wstrzyknięciem kokainy 25—50 cm^3 whisky lub koniaku,

ew. przy dłuższych operacyach podaje choremu drugą porcyę. Od czasu stosowania alkoholu nie spostrzegał H. ubocznych działań kokainy. K.

Seemann. **O przebiegu i zejściu gruźlicy kręgosłupa.** (Beitr. zur klin. Chir. 87. I). Najczęściej ulega zajęciu gruźlicą część kręgosłupa na pograniczu kręgów piersiowych i lędźwiowych; rzadko spotyka się tu zaburzenia nerwowe, które występują z reguły przy schorzeniu kręgów szyjnych. W połowie przypadków pojawiają się ropnie. Śmiertelność wynosi około 52%. W przypadkach rozpaczliwych prowadzi sprawa mniej więcej w 4 lata do śmierci. Ropnie i porażenia występują częściej u mężczyzn, niż u kobiet. Pogarsza znacznie rokowanie obecność innych ognisk gruźliczych w ustroju, a nawet stanowią one często główną przyczynę śmierci. K.

Garré. **O leczeniu gruźlicy stawów i kręgosłupa.** (Beitr. zur klin. Chir. 87. I). Przedewszystkiem dbać należy o podniesienie odżywienia i stan ogólny. Leczenie promieniami Röntgena nie oddaje tu dobrych usług. Przy gruźlicy stawu biodrowego pierwsze miejsce zajmuje leczenie zachowawcze, zwłaszcza opatrunek gipsowy do chodzenia, przy przykurczeniach wyciąg, przy ropniach wstrzykiwania mieszanki. Wycięcie stawu wykonywa się tylko ze wskazań życiowych. Natomiast przy gruźlicy stawu kolanowego, zwłaszcza u starszych, wycięcie daje 92% wyleczeń, podobnie przy gruźlicy stopy, gdzie zachowawczo leczyć należy tylko przypadki świeże przy dobrym stanie ogólnym, jeżeli niema rozległego zniszczenia kości ani martwaków. Gruźlica stawu barkowego i łokciowego u starszych wymaga nieraz resekcyi, podobnie gruźlica stawu nadgarstkowego. K.

Nussbaum. **O leczeniu gruźlicy stawu biodrowego.** (Beitr. zur klin. Chir. 87. I). Leczenie zachowawcze gruźlicy stawu biodrowego, zwłaszcza w wieku młodym, zajmuje pierwsze miejsce i daje nawet w ciężkich przypadkach niezłe wyniki. Śmiertelność wynosi tu przy leczeniu zachowawczem 33·9%, a po resekcyi stawu 46·2%. Należy w razie ropni częściej nakłuwać, niż to zwykle się czyni. Wskazaniami do operacyi są: ciężkie ropienie, stałe pogarszanie się stanu miejscowego i ogólnego, ciągłe bóle i duże martwaki. W 1/4 przypadków wykazać się daje usposobienie dziedziczne. K.

Riehl. **Rak, a rad.** (85. Zjazd niem. lek. i przyr. Wiedeń 1913). Na podstawie doświadczenia szpitala wiedeńskiego dochodzi R. do wniosku, że rad działa korzystnie jedynie przy rakach powierzchownych. Działanie to jest czysto miejscowe i przy przerzutach nie ma mowy o działaniu dalszem. Przy silniejszem naświetlaniu występuje uszkodzenie także tkanek zdrowych, a nawet całego ustroju. K.

Wertheim. **Rad w ginekologii.** (85. Zjazd niem. lek. i przyr. Wiedeń 1913). W. nie ma wcale zaufania do leczenia radem raków macicy. Równą poprawę można osiągnąć przypalaniem lub wyskrobaniem. Energiczne leczenie radem działa źle na cały ustrój, a za wolne wywołuje znów często szybszy wzrost guza. K.

Ranzi. **Rad w chirurgii.** (85. Zjazd niem. lek. i przyr. Wiedeń 1913). R. stosuje leczenie radem z wielką rezerwą i jest tego zdania, że nadaje się ono tylko do przypadków nieoperacyjnych lub po operacyach dla leczenia uzupełniającego. Rad działa czysto miejscowo, a takie leczenie nie godzi się z obecnemi naszemi pojęciami o genezie raka. Energiczne działanie radu może zgubnie odbić się nawet na całym ustroju. Wyleczenia są nieraz pozorne, a często leczenie to wywołuje wprost wzrost nowotworu. K.

Hofmann. **W sprawie leczenia ostrego zapalenia trzustki.** (Münch. med. Woch. 1913, Nr 44). Dotychczasowy sposób operowania trzustki nie jest dobry, bo proste nacięcie torebki i tamponada nie zdoła tak odciągnąć wydzielin na zewnątrz, by nic z trujących substancyi nie dostawało się do krwi. Dlatego też radzi H. sposób doszczętny, który zastosował już w jednym przypadku ze skutkiem pomyślnym; polega on na zupełnem poprzecznem przecięciu trzustki na granicy części schorzałej. Wycięcie (resekcya) części zmienionej nieraz natrafia na wielkie trudności; występują silne krwotoki, dlatego też nie próbuje H. resekcyi, bo i tak obumarła tkanka oddzieli się z czasem sama; przecięcie trzustki znosi odrazu i na pewno możność wsysania się toksyn. Ostre zapalenie trzustki cechuje podług H. ból w postaci pasa wzdłuż lewego łuku żebrowego. K.

Sauerbruch. **Postępy w chirurgicznem leczeniu chorób płucnych.** (Münch. med. Woch. 1913, Nr 34—35). Znaczny postęp w chirurgicznem leczeniu chorób płucnych datuje się dopiero od r. 1903/4, kiedy Mikulicz podjął myśl operowania pod zmiennem ciśnieniem w klatce piersiowej. Stosuje się obecnie w tym celu dwie metody: 1) t. zw. ciśnienie ujemne, t. j. rozcieńczanie nad płucem powietrza w osobnych kamerach, by płuco się nie zapadało po otwarciu klatki piersiowej; 2) ciśnienie dodatnie, polegające na wpędzaniu do płuc powietrza o silnem ciśnieniu, które rozdyma płuca. Bardzo często operuje się obecnie bez uśpienia, przez co odpada niebezpieczeństwo aspiracyi. Z cięcia międzyżebrowego dojść można dobrze do płuc; pole operacyjne rozszerzają specyalne klamry żebrowe. Zamyka się klatkę piersiową z powrotem szwami, przechodzącymi koło żeber lub przez żebra. Przed ostatnim szwem rozdyma się zwykle zapomocą ciśnienia płuco tak, by doszło do powierzchni opłucnej ściennej. Po operacyi stosuje się ćwiczenia oddechowe, podaje się morfinę i stosuje wdychiwania leków. Pierwszem polem dla chirurgii płuc są zranienia. Operuje się w razie poważnego uszkodzenia płuca, gdy grozi niebezpieczeństwo dla życia z krwotoki lub odmy opłucnej. Szew płuc oddaje tu znakomite usługu. Płuco szyje się szwami, podobnymi do szwów Lemberta, cienkim jedwabiem. Podwiązywać można w razie krwotoku bez obawy nawet większe gałęzie tętnicy i żyły płucnej. Często też obecnie interweniować trzeba przy równoczesnem zranieniu trzew brzusznych i piersiowych. Dojście z klatki piersiowej do brzucha jest dogodniejsze, niż naodwrót. Z nowotworów operuje się pierwotne lub wtórne raki, ew. nowotwory, które przeszły z otoczenia w głąb klatki piersiowej (mięsaki żeber, przerzuty raka sutka). Natomiast nie jest S. zwolennikiem t. zw. operacyi Freunda przy rozedmie płuc. Uruchomienie klatki piersiowej nie sprawia tego skutku, na jaki z początku liczono. Wdzięczniejszem już polem są ostre i przewlekłe ropnie płuc i opłucnej. Rozpoznanie i określenie siedziby ułatwiają tu znakomicie promienie Röntgena. Większe trudności sprawia sprawa chirurgicznego leczenia jam oskrzelowych. Rzadko udaje się tu osiągnąć zupełne wyleczenie, nieraz powstaje przetoka, ale i tak osiągnąć można wybitną poprawę stanu. Przy ograniczonych sprawach w płacie dolnym próbować można operacyjnego porażenia przepony. Gdy chodzi o wybitne zmniejszenie płuc, można próbować podwiązania tętnicy płucnej, w ciężkich przypadkach pozostaje tylko amputacya płatu. Leczenie chirurgiczne gruźlicy płuc robi ciągle postępy. Operacya Freunda może znaleźć zastosowanie tylko w samych początkach gruźlicy szczytów, zresztą stosować trzeba rozległe wycinanie żeber celem ucisku płuca. Przedtem próbuje się leczenia odmą sztuczną. Operujemy obecnie dwuczasowo, nieraz w znieczuleniu miejscowem, przez co zabieg staje się mniej niebezpiecznym nawet u chorych osłabionych. Świeże ogniska w płucu drugiem są przeciwwskazaniem do operacyi, natomiast operować można przy krwiopluciu i gorączce. Unieruchomienie dolnego płatu uzyskać można także przez frenikotomię. W ostatnich czasach podano sposoby plombowania opłucnej. Płuco oddziela się od klatki piersiowej i pozostałą przestrzeń plombuje. Dotychczasowe próby przemawiają za tym sposobem leczenia. K.

Rollier. **Leczenie gruźlicy chirurgicznej światłem słonecznem. Działanie jego w głąb pod kontrolą promieni Röntgena.** (Zeitschr. f. orthop. Chirurgie T. 116, str. 643; porównaj także Wien. klin. Woch. Nr 28, 1912). Właściwymi czynnikami leczniczymi klimatu alpejskiego są: wysoka zawartość promieni pozafiołkowych, suchość powietrza, znaczna siła bakteryobójcza słońca. W rachubę wchodzi długotrwałość działania promieni słonecznych w lecie, spotęgowanie tego działania w zimie skutkiem promieniowania śniegów i lodów. Dalszymi czynnikami jest działanie podniecające powietrza górskiego, zawartość ozonu i radu. Natężenie promieni pozafiołkowych jest prawie to samo latem, jak zimą, dlatego leczenie nie ulega przerwie. Pierwszym skutkiem działania słońca jest zabarwienie czyli opalenie skóry, jako wynik działania promieni pozafiołkowych; odporność chorego stoi w prostym stosunku do stopnia jego opalenia się, ten sam stosunek istnieje co do wyników leczenia, ważną rolę odgrywa również przekrwienie, wywołane działaniem słońca. Co do wskazań i sposobów stosowania tego leczenia, to najważniejszem jest zamknięta gruźlica chirurgiczna; wedle doświadczeń R. (700 przypadków w ciągu lat 9) na skutek pomyślny można liczyć w każdym wieku. Postępowanie przy gruźlicy stawowej polega na unieruchomieniu stawu w położeniu obojętnem. Przy zmianach kręgów stosuje się naświetlanie słońcem przy ułożeniu chorego na brzuchu, przy gruźlicy stawu biodrowego i kolanowego w opatrunku wyciągowym.

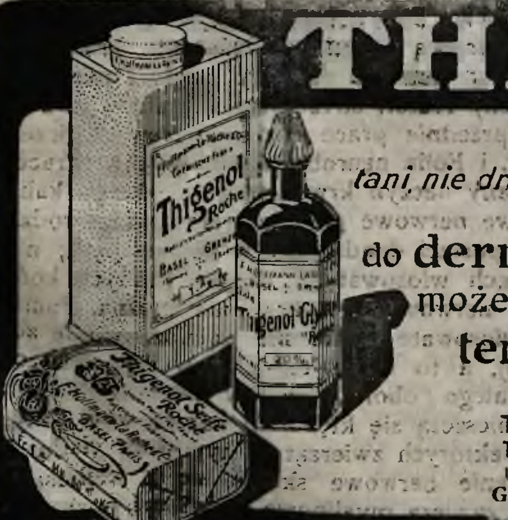
Pod działaniem słońca znikają ropnie gruźlicze, powraca czynność stawów gruźlicą dotkniętych. Jednym z pierwszych objawów działania miejscowego promieni słonecznych jest ich wpływ kojący bóle, dalszym — wpływ »rozdzielający«, szczególnie uwydatniający się na gruczołach i martwakach, pod wpływem słońca bowiem całe pakiety gruczołowe, nawet zropiałe, i martwaki kostne zostają wydalane. Również korzystne jest oddziaływanie na zmiany gruźlicze otrzewnej, szczególnie na zmiany serowate, na gruźlicę jelita ślepego, wreszcie na wrzody gruźlicze jelit. Korzystnie brzmią także spostrzeżenia R. co się tyczy gruźlicy jąder i błon śluzowych. Wyniki postępowania kontrolowano dokładnie promieniami Röntgena. R. omawia także próby stosowania helioterapii na nizinach, podnosząc wartość zapobiegawczą działania słońca. Rzecz objaśnia statystyka 650 przypadków, a to 355 u dorosłych, 295 u dzieci. T. Gabryszewski.

Bardenheuer. **Leczenie słońcem gruźlicy obwodowej, w szczególności gruźlicy stawów.** (Strahlentherapie Tom II S. 211). B. przedstawia wyniki leczenia słonecznego w szpitalach w Kolonii w myśl wskazań i metody Rolliera. Materyał stanowiło 46 przypadków, z tego 40 gruźlicy. Szczególnie pomyślne wyniki dają przypadki, gdzie mimo długotrwałego leczenia chirurgicznego n. p. resekcyi stawu i następowych resekcyi nie można było osiągnąć wyleczenia. Tak przy całkowitej resekcyi stawu biodrowego skutkiem gruźlicy panewki, jak i w innych wprost rozpaczliwych przypadkach osiągnął B. naświetlaniem zupełne wyleczenie. Odpowiada to działaniu zabójczemu słońca na wszystkie rodzaje drobnoustrojów, szczególnie ropnych. Między 40 przypadkami gruźlicy było 10 lekkich, lub takich, które jedynie przez kilka dni było można naświetlać; te B. wyłącza ze sprawozdania. Z 30 pozostałych było 19 bardzo ciężkich, 11 średnio ciężkich. Za bardzo ciężkie uważa B. takie, gdzie istnieje kilka ognisk gruźlicy obok gruźlicy dużego stawu, lub gdzie obok ogniska gruźliczego stawowego lub kręgów istnieje otwarte ropienie, wreszcie, gdzie jest kilka stawów zajętych. Za średnio ciężkie uważa B. przypadki, gdzie istnieje zamknięta gruźlica dużego stawu, lub po resekcyi pozostałe skąpo sączące przetoki lub zamknięty ropień opadowy przy gruźlicy kręgu, wreszcie gruźlica kilku małych stawów.

Wynik leczenia słońcem był wśród 19 przypadków ciężkiej gruźlicy 13 razy znakomity; w 7 przypadkach dokładne wyleczenie, w 17 skutek dobry, ale przypuszczalne pogorszenie po zaprzestaniu zabiegów. Te przypadki wymagają w zimie leczenia w górach. Już to odpowiada zarazem na pytanie, czy i na nizinach da się gruźlica słońcem leczyć. W 6 przypadkach uzyskał B. tylko poprawę, w 3 wyraźną, 2 razy znaczną, 2 przypadki wymagały dalszego leczenia w górach. Najgorsze wyniki były w przypadkach obficie sączących ropni opadowych przy gruźlicy kręgów. O ostatecznym wyniku stanowi obecność i stopień gruźlicy płuc. We wszystkich przypadkach, nawet w tych, gdzie początkowo działanie słońca było nieznaczne, n. p. przy obficie wydzielających przetokach, najpierw poprawiał się stan ogólny, a przy pięknych dniach letnich występowała i wyraźna poprawa miejscowa; ropienie zmniejszało się wyraźnie. Tam, gdzie dla braku odpowiednich urządzeń możliwe było tylko miejscowe naświetlanie, — przebieg był mniej dobry; leczenie słońcem powinno być zatem całkowite. T. Gabryszewski.

Poncet i Leriche. **Helioterapia.** (Acad. de méd. T. 47 p. 114). Autorzy spostrzegali znakomite wyniki helioterapii nietylko przy sprawach gruźliczych, ale też przy ranach zakażonych, przewlekającem gojeniu się złamań, w zaburzeniach troficznych i t. d. Przy cierpieniach stawów konieczne jest równoczesne ustalenie. Wniosek różnych autorów francuskich i niemieckich (Bardenheuer), by chore dzieci wysyłać dla leczenia słonecznego do Szwajcaryi, uważają autorowie za zupełnie zbyteczny. »Słońce świeci dla każdego«, leczenie może też wszędzie być prowadzone. Polecenia są godne tylko werandy i galerye, ku południowi zwrócone. T. Gabryszewski.

THIGENOL "ROCHE"



Syntetyczny preparat siarki,
tani, nie drażniący, nietrujący.
Stanowi prawdziwie cenny wkład
do dermatologicznej skarbnicy lekarskiej i
może być uważany jako znaczny postęp na polu
terapii siarczanej w chorobach skórnych.

OPAKOWANIE:
THIGENOL "Roche" do receptury.
THIGENOL-GLYCERIN "Roche" 20% o, flakon oryginalny, zawierający 100 gr. Mk. 1.— o Kr. 1.25
MYDŁO THIGENOL "Roche" kawałek Mk. —.80 o Kr. 1.
GAŁKI I TAMPONY THIGENOLOWE „Roche" wedł. spec. prospektów.

F. HOFFMANN-la ROCHE i S-ka: GRENZACH (BADEN) BAZYLEA (SZWAJCARJA) WIEDEN III/1.

Neurologia i psychiatrya.

N. I. Afanasiew. **O wstrzykiwaniach pod oponę twardą.** (Z kliniki Bechterewa w Petersburgu). (Obozrjenie psich. i new. 1912. Październik). Naturalny prąd płynu mózgowordzeniowego kieruje się, jak wykazał Quincke, z III komory przez wodociąg Sylwiusza do IV komory, łącząc się za pośrednictwem otworu Magendie i Luschki z przestrzenią podpajęczynówkową całego mózgu i odpływając wzdłuż pochewek nerwowych i ziarn Pachiona w zatoki żylne. Wydzielanie płynu mózgowordzeniowego odbywa się w splotach żylnych (plex. chorioideus), co przypuszczał Quincke, a ostatecznie udowodnili inni badacze. Barwiki ze krwi zwykle nie dostają się do płynu mózgowordzeniowego, który nie zabarwia się nawet przy najcięższej żółtaczce. Wyjątek z tej reguły stanowią te przypadki, w których uszkodzony jest splot żylny lub zmienione chorobowo opony. Z tego wynika, że, o ile nie mamy do czynienia z dopiero co wspomnianemi zmianami, to leki, wewnętrznie podane, do ośrodków nerwowych albo wcale się nie dostają, albo dostają się w nader słabem tylko zgęszczeniu, co znowu nasuwa myśl wprowadzania ich wprost pod opony. Autor wykonał w pracowni Bechterewa szereg doświadczeń na psach, którym poprzednio wszyto moczowody w skórę brzucha. Następnie w uśpieniu eterowem lub morfinowem (w późniejszych doświadczeniach bez uśpienia, gdyż przekonano się, że opóźnia ono wydzielanie się moczu) wprowadzano psom przez otwór trepanacyjny, lub przez nakłucie lędźwiowe w przestrzeń podoponową mózgową lub rdzeniową po 3—4 cm^3 3% rozczynu jodku potasu i podwiązawszy pod ujście moczowodu lejek, badano spływający mocz co do obecności jodu co 5—7 minut. Po wstrzyknięciach pod opony rdzeniowe stwierdzano jod w moczu zwykle już po upływie 20—35 minut w ciągu pierwszych 48 godzin po zabiegu. Po wprowadzeniu rozczynu pod opony mózgowe odczyn zjawiał się nieco później (w 35—40 minut). Uśpienie morfinowe lub chloroformowe znacznie opóźniało wystąpienie odczynu, który w takich razach dawał się wykazać dopiero mniej więcej po upływie 5 kwadransów; w podobny sposób działało zmieszanie rozczynu jodku potasu z zawiesiną tuszu. Wogóle zaś przy podoponowem wprowadzaniu jod w moczu zjawiał się później, niż przy wprowadzaniu drogą wstrzykiwań podskórnych. — Z ogólnych objawów zauważono podniesienie się ciepłoty o 1—2°, ślinotok, stan półsenny. Niektóre zwierzęta lizały ustawicznie okolicę odbytu i części płciowych, jak gdyby czuły tam swędzenie. Niekiedy występował niedowład tylnych kończyn, u jednego psa zaś, któremu autor zamiast rozczynu jodowego wstrzyknął 1 mgr. sinku rtęciowego pod opony rdzenia, prócz tego jeszcze zauważono objawy menieryzmu oraz toniczne kurcze mięśni grzbietowych. Podobne przypadłości, tylko w słabszym stopniu, występowały po wstrzyknięciu hyrgofermentu Heydena, a wszystkie przechodziły zwykle po upływie najwyżej dni paru.

Po zakończeniu seryi doświadczeń na zwierzętach przystąpił autor do prób leczniczych u ludzi: 1) 23-letniemu choremu z przymiotowem zapaleniem rdzenia, któremu leczenie rtęciowe i salwarsanowe tylko niewielką i przemijającą ulgę przyniosło, wstrzyknięto podoponowo w okolicę lędźwiową 1 cm^3 rozczynu $^1/_{1000}$ hydrarg. cyanati, a w 6 i 9 tygodni później po 2 cm^3 hyrgofermentu Heydena. Chory oddziaływał na te zabiegi podniesieniem ciepłoty do 38·9, drgawkami w dolnych kończynach, bolesnością w miejscu ukłucia, bolem głowy, wymiotami, ogólnem niedomaganiem. Wszystko to jednakże trwało tylko dni kilka, poczem stan chorego uległ znacznemu polepszeniu, zwłaszcza w sferze zaburzeń ruchowych. 2) Chory na wiąd rdzenia od 3 lat mniej więcej, otrzymał w ciągu $2^1/_2$ miesięcy w podobny sposób także jedno wstrzyknięcie hydrarg. cyanati i 2 wstrzyknięcia hyrgofermentu. Tutaj po ustąpieniu odczynu, wyrażającego się podobnemi przypadłościami jak w pierwszym przypadku, zauważono jedynie tylko podmiotową poprawę.

Autor przypuszcza, że objawy uboczne, występujące po podoponowych wstrzyknięciach sinku rtęci w silniejszym, po wstrzyknięciach hyrgofermentu Heydena zaś w słabszym stopniu, stoją w związku ze zmianami płynu mózgowordzeniowego, w którym zamiast limfocytów zjawiają się w znaczniejszej ilości leukocyty i zaleca ostrożność przy stosowaniu tej metody. Trzebiński (Kijów).

Michajłow i Gorielow. **Metody usypiania przy pomocy elektryczności.** (Obozr. psich. i new. 1912. Listopad i grudzień). W instytucie Bechtjerewa dla badań nad alkoholizmem, gdzie trzeba usypiać w celach leczniczych nieraz po kilkudziesięciu chorych dziennie, wypracowano metodę i stworzono urządzenia pomocnicze, ułatwiające wprawienie chorego w dostatecznie głęboki sen hypnotyczny. Metody te, działające przeważnie drogą zmęczenia narządów wzrokowych i słuchowych, dzielą się na 2 kategorye. Pierwszą kategoryę stosuje się w umyślnie do tego celu urządzonych pokojach, mogących pomieścić 10 lub więcej osób. Ściany w nich pomalowane są na jaskrawo czerwony albo niebieski kolor, stosownie do tego, czy tam ma się usypiać chorych, znajdujących się w stanie przygnębienia, czy też podniecenia. Podłogi wysłane linoleum; drzwi zawieszone grubemi kotarami, tłumiącemi wszelki hałas zewnętrzny. Okien niema, natomiast na ścianach, mniej więcej $2^1/_2—2^3/_4$ metra nad podłogą, w znacznej liczbie różnokolorowe elektryczno-żarowe lampki. Prócz tego w każdym takim pokoju znajduje się metronom. Chorzy, siedząc na wygodnych fotelach, wpatrują się w lampki i wsłuchują w miarowe uderzenie metronomu. Osiągnąwszy w ten sposób dostateczny stopień zmęczenia wzroku i słuchu, łatwo już wywołać hypnozę drogą prostego poddania. Jednakże takie postępowanie niezawsze wiedzie do celu. Niektórzy chorzy, wpatrując się w kolorowe lampki, podniecają się, zamiast się uspokajać. Wówczas trzeba uciekać się do innych sposobów. Jednym pomaga miesienie wibracyjne zapomocą przyrządu, umieszczonego pod poduszką kanapy, na której chory spoczywa. Innych uspokaja znowu strumień ciepłego powietrza, puszczany prosto w twarz z przyrządu »Föhn«. W jeszcze innych przypadkach chory zamyka oczy pod wpływem prosto nań skierowanego światła z elektrycznego projektora, a lekarz drogą poddawania zamienia ten odruch w początek drzemki hypnotycznej. Niekiedy znowu ten sam cel osiąga się przy pomocy d'Arsonvalizacyi lub elektrycznego tuszu na maszynie statycznej. Naturalnie wszystkie te metody odgrywają zawsze tylko rolę środków pomocniczych, mogących wzmocnić działanie poddawania, lecz nie mających pretensyi, by zastąpić poddawanie. Autor przytacza cały szereg historyi chorych, którzy byli leczeni i uleczeni hypnozą, wywołaną przy współdziałaniu wyżej wymienionych sposobów, chociaż poprzednio bez ich stosowania ci sami chorzy nie dawali się zahypnotyzować. Trzebiński (Kijów).

I. Michajłow. **Unerwienie naczyń krwionośnych w związku ze sprawą regulacyi ciśnienia krwi i rozmieszczenia jej w ustroju.** (Obozrj. psich. i new. 1912. Listopad, grudzień). Autor, streściwszy literaturę, powołuje się na swoje poprzednie prace w piśmie Newrologiczeskij Wiestnik 1908 r. i Folia neurobiologica 1909 r. Prace te wykazują, że ściany naczyń krwionośnych różnego kalibru zawierają końcowe nerwowe przyrządy dwojakiego rodzaju, a mianowicie w postaci dendrytów, w postaci pętli; natomiast w naczyniach włosowatych wogóle żadnych końcowych narządów nerwowych wykryć nie można. Pomimo tego naczynia włosowate wcale nie są pozbawione zdolności odruchowej, a to dzięki temu, że w typowych ciałkach Vater-Paciniego obok narządów nerwowych, w tej samej torebce mieszczą się kłębuszki naczyń włosowatych. U człowieka i niektórych zwierząt w typowem ciałku Paciniego zakończenie nerwowe składa się z kłębuszków, z których jeden zawiera myelinowe, drugi zaś pozbawione myeliny włókienka. Otóż w celu wyjaśnienia pochodzenia tych zakończeń nerwowych autor przeprowadził szereg do-

KNOLL & Co.
LUDWIGSHAFEN a/Rh.

Paracodin

przy kaszlu i

schorzeniach nieżytowych narządów oddechania. 12

Paracodin, uwodniona kodeina, przewyższa kodeinę w wielu przypadkach przez szybsze wystąpienie i dłuższe trwanie jej działania. Paracodin działa nieco silniej uspokajająco.

Rp: Paracodin-Kołaczyki Knoll po 0,01 g Nr XX (K 1·25) Opak. oryg. Knoll

Dawkowanie: 3 razy dziennie 1 do 3 kołaczyków nierozżutych zażywać.

Każdy kołaczyk zawiera 0,01 paracodin bitartario.

świadczeń na kotach. Otworzywszy w uśpieniu morfinowo-chloroformowem jamę brzuszną zwierzęcia, w jednej seryi doświadczeń wycinano splot słoneczny, w drugiej zaś, pozostawiając go nietkniętym, wycinano na przestrzeni 1—1½ cm nerwy trzewne (nn. splanchnici) pomiędzy splotem słonecznym a przeponą. Zwierzęta zabijano po upływie 3—5 tygodni i badano mikroskopowo krezkę, a przedewszystkiem mieszczące się w niej ciałka Vater-Paciniego, barwiąc preparaty według 2 metod. Stosowano mianowicie: 1) wypracowaną przez autora metodę barwienia błękitem metylenowym, 2) zmodyfikowaną metodę Marchiego. Pierwsza uwidocznia tylko żywą, druga zwyrodniałą tkankę nerwową. Otóż u zwierząt, którym poprzednio wycięto obustronnie części nerwów trzewnych, nie barwiły się w typowych ciałkach Paciniego krezki błękitem metylenowym włókna myelinowe; natomiast przy stosowaniu sposobu Marchiego dawało się wykazać w tych włóknach zwyrodnienie, nie mające zaś myeliny włókna barwiły się prawidłowo. U zwierząt, u których wycięto splot słoneczny, przy barwieniu błękitem wogóle nie można tam było wykazać żadnych zakończeń nerwowych, metoda Marchiego zaś dawała wynik dodatni.

Spostrzeżenie to doprowadza autora do wniosku, że włókna myelinowe w ciałkach Paciniego krezki przechodzą tylko przez splot słoneczny, dostając się tam z nerwów trzewnych, a pochodząc, co wykazały inne doświadczenia, z międzykręgowych zwojów piersiowej części kręgosłupa. Przeciwnie włókna nerwowe, otoczki rdzeniowej nie posiadające, biorą początek w zwojach samego splotu słonecznego. W ten sposób stwierdzić możemy istnienie dwu dróg odruchowych: krótkiej, sympatycznej i długiej, przechodzącej przez ośrodki nerwowe. Samą zaś sprawę odruchową przedstawia sobie autor w sposób następujący. W chwili, w której w pewnej okolicy, a więc dajmy na to w krezce, podnosi się z jakichkolwiek przyczyn ciśnienie krwi, w kłębuszkach naczyń włoskowatych, mieszczących się w ciałkach Paciniego, zaczyna się odbywać wzmożona filtracya osocza krwi, czego następstwem jest napęcznienie całego ciałka, działające znowu drażniąco na końcowe narządy nerwowe, zamknięte we wspólnej torebce. Podrażnienie owo drogami powyżej wymienionemi dostaje się do odpowiednich ośrodków, pobudzając je do właściwej regulacyi ciśnienia krwi. Tak więc ciałka Paciniego występują w roli regulatorów, czyli raczej registratorów ciśnienia; natomiast zakończenia nerwowe w ściankach naczyń krwionośnych służą, zdaniem autora, innym celom. I. Trzebiński (Kijów).

Sprawy Towarzystw naukowych

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie w dniu 12. XI. 1913.

Przewodniczy prezes Dr Janiszewski. Obecnych członków 80.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Odczytano list Dra Alfreda Sokołowskiego, nadesłany na ręce prezesa, który opiewa:

»Za tak niezwykłe odznaczenie, jakie mnie ze strony Krakowskiego Towarzystwa lekarskiego z okazyi mojej 40-

letniej skromnej pracy na niwie lekarskiej, spotkało, ośmielam się wszystkim Członkom Towarzystwa złożyć wyrazy wdzięczności i głębokiego szacunku«.

3) Prezes zawiadamia: a) o wysłaniu telegramu na obchód czterdziestoletniego jubileuszu pracy zawodowej Dra Mikołaja Rejchmana; b) o odezwie Delegacyi stałej Zjazdów lekarzy i przyrodników polskich w sprawie walki z alkoholizmem i gruźlicą (odezwę odczytano); c) o jubileuszu »Nowin lekarskich«, na który uchwalono uprosić jako delegata prof. Dra Ciechanowskiego; d) o odezwie otrzymanej z zarządu Muzeum tatrzańskiego z prośbą o poparcie

4) Prym. Dr **B o r z ę c k i** przedstawił chorego cierpiącego na **ogólny świąd skóry** i omówił przyczyny i sposoby leczenia tego cierpienia.

5) Dr Zygmunt **S t e u e r m a r k** wygłosił wykład: **Nowe sposoby leczen a nowotworów promieniami Roentgena.** (Rzecz przeznaczona do druku)

W d y s k u s y i nad odczytami Dra Steuermarka i prof. Dra Rosnera przemawiali:

a) Prof. Kader, który omawia historyczny rozwój leczenia raka energią promienistą, zapatruje się pesymistycznie na uzyskane dotychczas wyniki, i twierdzi, że leczenie raka nie jest jeszcze definitywnie rozstrzygnięte. b) Kol. Hladij przytacza wyniki kliniki chirurgicznej, uzyskane w leczeniu raka promieniami Roentgena. c) Kol. Zubrzycki przedstawia metodę i wyniki leczenia raka energią promienistą (promienie Roentgena i mesotoru) w klinikach berlińskich. d) Kol. Schlank demonstruje p s Gaussa. e) Prof. Cybulski podnosi naukową doniosłość badań energii promienistej. f) Prof. E. Godlewski mówi o działaniu radu na biologiczne i rozrodcze czynności komórki zarodkowej. g) Kol. Koźniewski, popierając myśli prof. Cybulskiego, ogólnie rozpatruje znaczenie nowej nauki. h) Kol. Seńkowski, przedstawiając sprawę energii promienistej z punktu widzenia chemiczno-fizycznego, przytacza teoryę, tłómaczącą powstawanie promieni Roentgena i radu

W odpowiedzi przemawiali prof. Rosner i Dr Steuermark.

Posiedzenie w dniu 19. XI. 1913.

Przewodniczy prezes Dr Janiszewski. Obecnych członków 63.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Prezes poświęcił słowa wspomnienia ś. p. Dr Wilkoszowi, przyczem obecni uczcili pamięć jego przez powstanie.

3) Na wniosek prof. Bujwida uchwalono wnieść do Prezydyum miasta pismo w sprawie czyszczenia ulic.

4) Prof. E. **G o d l e w s k i** wygłosił wykład: **Nowsze wyniki badań nad podnietą rozwojową** (Rzecz przeznaczona do druku).

W d y s k u s y i przemawiali: prof. Rosner, Kostanecki, Cybulski, Ciechanowski i Gliński.

Posiedzenie w dniu. 26. XI. 1913.

Przewodniczy prezes Dr Janiszewski. Obecnych członków 78.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Prezes powitał jako gości - członków Tow. technicznego krakowskiego, z prezesem Adelmannem na czele, wiceprezydenta Szarskiego i ks. kanonika Wądolnego.

3) St. radca budownictwa **K ł e c z e k** (jako gość) wygłosił odczyt p. t.: **O programie i warunkach konkursu dla regulacyi wylotu ul Wolskiej, sposobu zabudowania okolicznych miejskich gruntów, sposobu zużytkowania toru wyścigowego, oraz błoń miejskich.**

W d y s k u s y i przemawiali: Prof. Bujwid, prym. Borzęcki i inżynier Kuźmar.

Na wniosek Prof. Bujwida Towarzystwo lekarskie i Tow. techniczne uchwaliły jednogłośnie następujący wniosek: »Wspólnie zebrane Towarzystwo lekarskie i Tow. techniczne uznają za sprawę konieczną ze względów sanitarnych zasklepienie starego łożyska Rudawy«.

Sekretarz: Dr J. Zubrzycki.

Towarzystwo lekarskie Zagłębia Dąbrowskiego.

Posiedzenie d. 8. II. 1913.

Przewodniczy kol. Królikowski. Obecnych 22 członków rzeczywistych:

1) Pokazano szczegółowo **pulmotor Draegera** i przyrząd Draegera do ratowania.

W d y s k u s y i, która dotyczyła celowości pulmotoru, możliwości aspiracyi treści żołądkowej do płuca, możliwości użycia pulmotoru do cucenia noworodków i t. p. brali udział kol. Podczaski, Kotarski, Weinzieher, Żołędziowski, Starkiewicz, Dehnel, Białostocki, Królikowski, Zieleniewski. Dyskutowano również nad niebezpieczeństwami, grożącemi przy użyciu przyrządu do ratowania, przyczem kol. Zieleniewski opowiedział przypadek uduszenia się kilku takich ratowników w przyrządach. Wobec zbyt pobieżnego potrącania w dyskusyi rozmaitych bardzo ważnych zagadnień fizyologicznych, postanowiono na wniosek przewodniczącego dyskusyę przerwać i dalszy ciąg odłożyć na posiedzenie następne.

2) Kol. **P u t e r m a n**: Pokaz przypadku **porażenia obustronnego mózgowego dziedziczno-rodzinnego** (diplegia cerebralis heredofamiliaris). (P. zdjęcia fotograficzne). Sprawa dotyczy dwojga dziewcząt: 3 i 4-letniego, z rodziców żydów, spokrewnionych, dość młodych, pozornie zdrowych, dziedzicznie jakoby nie obarczonych. Obie dziewczynki urodziły się prawidłowo w swoim czasie, starsza w stanie asfiktycznym. Matka ich nie przechodziła podczas ciąży żadnych chorób. Przymiot, gruźlica, alkoholizm, — nie stwierdzone. Starsza jednocześnie z początkiem obecnej sprawy chorowała na krztusiec, u młodszej natomiast początek choroby pojawił się bez przebycia jakiejkolwiek sprawy gorączkowej lub urazu. Początek choroby po prawidłowym 9-miesięcznym okresie rozwojowym objawił się u obojga dzieci wstrzymaniem rozwoju władz umysłowych oraz zaburzeniami ruchowemi. Obecnie stwierdzamy: niedokształt czaszki (obwód 44, 43 cm = obwodowi główki 6-miesięcznego dziecka), głupkowatość, zaburzenia ruchowe, — niemożność siedzenia i stania u młodszej, zaś u starszej niemożność samodzielnego poruszania się, chód kurczowo-porażny o pewnym bezładzie, lekki niedowład lewego nerwu twarzo-

Naturalna Szczawa Bilińska Najobfitsza alkaliczna (sód-lit) szczawa Czech. 143



wego; u obojga dzieci toniczne napięcie kończyn, zwłaszcza dolnych, odruchy ścięgniste wzmożone, charakterystyczny odruch Babińskiego w postaci »signe d'éventail«, mimowolny płacz i śmiech, napady padaczkowe w 3. roku życia, u młodszej w dodatku częste wymioty. U obojga dzieci pewne zaburzenia przy spożywaniu pokarmów przy braku zaburzeń w połykaniu. Niema zaburzeń ze strony narządu wzrokowego, sfery czuciowej, troficznej, ze strony czynności pęcherza moczowego i odbytnicy. Charakter cierpienia postępujący.

Przechodząc do określenia postaci nozologicznej, mówca zalicza cierpienie to do kategoryi spraw dziedziczno-rodzinnych, a to na zasadzie następujących danych: 1) identyczności okresu występowania choroby u dwóch sióstr (homochronia); 2) identyczności objawów chorobowych (homologia); 3) charakteru postępującego sprawy (progressivitas); 4) wewnątrzustrojowego powstania choroby (endogenitas).

Co do punktu czwartego, to pomimo asfiksyi poporodowej u starszego dziecka, uważanej za jeden z czynników etyologicznych spraw wrodzonych zewnątrz-ustrojowych (choroba Littlea), mówca nie waha się zaliczyć omawianej choroby do wewnątrz-ustrojowych (endogen), a to na zasadzie braku tego czynnika u dziecka młodszego, u którego objawiła się tasama sprawa chorobowa, w dodatku w cięższej postaci.

Że w danym przypadku chodzi o cierpienie organiczne, a nie czynnościowe, na to wskazują: niedokształt czaszki, głupkowatość, a głównie »signe d'éventail«. Dwa pierwsze objawy, oraz napady padaczkowe, wskazują zarazem na siedzibę sprawy w mózgu, wyłączając w ten sposób inne sprawy dziedziczno-rodzinne pochodzenia rdzeniowego, stojące często w blizkim związku z omawianem cierpieniem.

W dalszym ciągu kol. P. omawia: 1) wyodrębnioną po raz pierwszy w r. 1886 przez Strümplla sprawę dziedziczno-rodzinnego porażenia rdzeniowego (paralysis spinalis spastica familiaris) o pierwotnej siedzibie sprawy w rdzeniu; zapatrywania pewnych autorów na systemowe zwyrodnienie dróg piramidalnych, jako na wtórne, zależne od pierwotnych zaburzeń ośrodków korowo-mózgowych; 2) rodzinne porażenie mózgowe obustronne (diplegia cerebralis familiaris), opisane przez Sachsa w r. 1887, cechujące się występowaniem sprawy w pierwszych miesiącach niemowlęcych, zaburzeniami władz umysłowych, narządu wzrokowego (amaurosis-Tay), zaburzeniami ruchowemi, śmiertelnem zejściem z końcem 2. roku życia przy objawach uwiądu (idiotismus amauroticus Tay-Sachsa); 3) postacie obustronnego porażenia mózgowego rodzinnego o mniej burzliwych objawach i bardziej przewlekłym przebiegu sprawy. Do tych postaci »diplegiae cerebralis familiaris« zalicza mówca i swój przypadek.

Co do zmian anatomo-patologicznych przypuścić należy niedokształt wrodzony lub zwyrodnienie mózgowia (aplasia, micropgyria, porencephalia, sclerosis diffusa lub inne zaburzenia pochodzenia niezapalnego). Co do patogenezy sprawy omawianej, po wyłączeniu skażenia gruźliczego, przymiotowego, alkoholowego, mówca podkreśla pokrewieństwo oraz rasę rodziców jako jedyne czynniki etyologiczne w znaczeniu czynników dziedzicznych homologicznych. Tym to czynnikom głównie przypisać należy częste stosunkowo przenoszenie się na potomstwo pokrewnych małżeństw zarówno ujemnych jak i dodatnich cech przodków bliższych lub dalszych (atawizm) w postaci spotęgowanej, — cech, pozostających nieraz u przodków w stanie utajonym. Ujemny wpływ rasy na potomstwo spostrzegać się daje najbardziej wśród żydów, niechętnie łączących się z rasami obcemi. Nieprzyjazne warunki natury ekonomiczno-politycznej, wśród których od wieków znajdują się żydzi (odwieczne prześladowania, troski o jutro, praca przeważnie duchowa), wywierają depprymujący wpływ na ich układ nerwowy, co w dalszych pokoleniach ujawnia się w postaci różnorodnych ciężkich zaburzeń czynnościowych i zwyrodnień układu nerwowego (rzadkie wśród innych ras okazy nerwowe — Charcot — i choroba Tay-Sachsa wśród żydów w Polsce zamieszkałych).



Leczenie: Możliwe unikanie kojarzenia się małżeństw pomiędzy krewnymi, obarczonymi wadami dziedzicznemi, leczenie chorych w odpowiednich zakładach. (Streszczenie własne).

3) Kol. Dehnel odczytał referat: **Stan współczesny dyagnostyki, kliniki i terapii chorób nerkowych.** (Rzecz przeznaczona do druku).

Dyskusyę z powodu spóźnionej pory odłożono do następnego posiedzenia

Posiedzenie z d. 22. II. 1913.

Obecnych 11 członków rzeczywistych. Przewodniczy kol. Królikowski.

1) Kol. Puterman przedstawił dziewczynkę w wieku 1 roku i 10 miesięcy, urodzoną na czasie i prawidłowo z rodziców żydów, niespokrewnionych, dziedzicznie jakoby nieobarczonych. Skażenia gruźliczego, przymiotowego, alkoholowego nie stwierdzono. Do 8 miesięcy życia dziecko rozwijało się prawidłowo. Od tego czasu, jakoby po spadnięciu z nieznacznej wysokości, występuje cały szereg zboczeń rozwojowych. Obecnie stwierdza się: wstrzymanie rozwoju władz umysłowych, pewne zaburzenia wzrokowe (anisocoria, słabe oddziaływanie źrenic, mała wrażliwość siatkówki), lekki niedowład lewego nerwu twarzowego, zaburzenia koordynacyjne (ze strony mięśni szyjnych, grzbietowych, kończyn), wzmożenie odruchów ścięgnistych, zwłaszcza dolnych kończyn, obustronny objaw Babińskiego, pewne zaburzenia czuciowe przy braku zmian troficznych. Sprawa ma charakter postępujący. Po wyłączeniu sprawy czynnościowej, oraz pewnych zaburzeń organicznych mózgowo-rdzeniowych (choroba Friedreicha, wodogłowie, stwardnienie rozsiane), mówca rozpoznaje obustronne porażenie mózgowe (diplegia cerebralis), wstrzymując się na razie z orzeczeniem co do charakteru dziedziczno-rodzinnego, a to na zasadzie braku dokładniejszych danych co do stanu zdrowia drugiego dzie-

cka, 8-miesięcznego chłopczyka, oraz rodziców. (Streszczenie własne).

2) Dyskusyę nad referatem kol. Dehnela: **O stanie współczesnym dyagnostyki, kliniki i terapii chorób nerkowych,** rozpoczął

a) Kol. Weinzieher wyrażeniem wątpliwości, czy w istocie wszystkie postacie przewlekłych zapaleń nerek dadzą się tak ściśle rozkwalifikować na 4 formy odrębne, jak to przedstawił prelegent, a mianowicie: 1) białkomocz, 2) niedomoga nerkowa w formie obrzękowej, 3) niedomoga nerkowa w formie suchej azotemia, i 4) forma z podniesionem ciśnieniem, stosownie do poglądów Widala, czy w rzeczywistości nie znajdziemy częściej form mieszanych, niż ściśle wyodrębnionych według powyższej klasyfikacyi, nie mającej w dodatku żadnych podstaw anatomo-patologicznych.

b) Kol. Puterman zwraca uwagę na niepewność próby z błękitem metylenowym (błękit metylenowy ulega nieraz w ustroju pewnym zmianom), zastąpionej obecnie przez próbę indygokarminową; uzupełnia nieuwzględnione przez prelegenta inne metody badania czynnościowych zaburzeń nerek: refraktometrya moczu Strübla, określanie przewodnictwa elektrycznego moczu; radioskopia, próba dyastatyczna Wohlgemuta (brak dyastazy w wątrobie, hyperglikemia skutkiem większego rozkładu glikogenu); metoda Schlayera, wyodrębniająca schorzenie substancyi korowej (glomerulonephritis) (opóźnienie wydzielania się z moczem wprowadzonego wewnętrznie jodku potasu). Zarazem zwraca mówca uwagę na niedostępność pewnych omawianych metod dla lekarza prowincyonalnego, a to z powodu niełatwego i niezawsze obojętnego rękoczynu, jakim jest cewnikowanie moczowodów, celem określenia moczu z poszczególnych nerek, oraz z powodu drogości pewnych przyrządów (Röntgen). Do metod dostępniejszych mówca zalicza: obmacywanie nerek (Israel), określanie osmotycznego i tonometrycznego ciśnienia krwi. W dalszym ciągu omawia kol. P. gruźlicę nerek, jej powstanie drogą krwi, szerzenie się sprawy z wierzchołków brodawek nerkowych — pierwotnej siedziby sprawy — na kielichy i dalsze odcinki dolne dróg moczowopłciowych; zwraca uwagę na trudność rozpoznania początkowych okresów tej sprawy, na znaczenie wczesnych objawów, do jakich zalicza ropomocz i krwiomocz; wskazuje na ichtyol, jako na skuteczny nieraz środek przeciwko gruźlicy nerek. W końcu wspomina o sprawie, spotykanej u dzieci i opisanej przez Heubnera, jako krwotoczna i niekrwotoczna »nephrosis«, w jednym i drugim razie z obrzękami, oraz »paedonephritis« — bez obrzęków. (Streszczenie własne).

c) Kol. Starkiewicz sądzi, że prelegent, mówiąc o nowoczesnych poglądach na czynności nerek chorobowo zmienionych, nie powinien był pominąć i tego faktu, że w tej dziedzinie ma ogromne znaczenie wiek, że uchylenia w czynności nerek ustroju całkiem młodego mają inny przebieg i często inne znaczenie, niż u dorosłych. Kol. D. wspomniał tylko mimochodem o białkomoczu t. zw. ortostatycznym, który ze względu na bardzo ciekawe badania prof. Jehlego zasługuje na większe uwzględnienie. Badania te wykazały, że białkomocz ten zależy nietyle od stojącej pozycyi dziecka, ile od ułożenia się kręgosłupa (wygięcia ku przodowi), że przez odpowiednie zgięcie kręgosłupa, wywołując zastój w żyłach nerkowych, można doświadczalnie nawet u znacznej liczby dzieci zdrowych wywołać białkomocz, zwany przez Jehlego lordotycznym. Michałowicz w artykule: »W sprawie białkomoczu u starszych dzieci o sobozmianie zmniejszonym« (drukowanym w »Nowinach lekarskich«) idzie jeszcze dalej, przypuszczając na zasadzie odpowiednich własnych spostrzeżeń klinicznych, że białkomocz lordotyczny powstaje u dzieci ze zmniejszonym sobozmianem (słabe napięcie tkanki mięśniowej, wygięcie kręgosłupa ku przodowi, stopa płaska, zwiększona ilość kwasu moczowego, złogi, wyleczenie pod wpływem dyety przeciwartretycznej i t. d). Spostrzeżenie to, zdaniem mówcy, znajduje potwierdzenie również w spostrzeżeniach klinicystów francuskich, według których t. zw. białkomocz okresowy (cykliczny) spotyka się u dzieci, wyglądających dobrze, ale obarczonych dziedzicznie skazą neuro-artretyczną. Z tego zaś wynika wniosek, jak ważnem i tu jest liczenie się z warunkami ogólnymi, zachodzącymi zarówno w samym ustroju, jak i na zewnątrz, na co zresztą i kol. D. w swoim referacie zwrócił uwagę. Dalej, zdaniem mówcy, należało silniej podkreślić (choć uwagę na to zwrócono), że białkomocz niezawsze jest równoznaczny z zapaleniem nerek, że stwierdzanie również wałeczków, zwłaszcza szklistych, nie dowodzi jeszcze, jak mniemano, sprawy zapalnej w nerkach, że często zarówno białko, jak wałeczki, są to objawy krótkotrwałe, przemijające. Słusznem jest, według mówcy, założenie nowych poglądów na choroby nerek. Klasyfikacya Widala jest bardzo ciekawa, oparta na spostrzeżeniach wybitnego klinicysty, ale w szczegółach jeszcze nie jest dość uzasadniona. O ile co do przepuszczalności chlorków poglądy Widala i Jovala nie ulegają wątpliwości, o tyle w sprawie t. zw. azotemii widzi się dużo jeszcze sprzeczności. Tak, zdaniem Rzętkowskiego, zawartość mocznika we krwi ma wynosić 1.007 (czyli ± 0·45 azotu), stwierdzał on jednak daleko większe ilości w zapaleniu płuc włóknikowem, kończącem się pomimo to nawet przy 0.4 mocznika pomyślnie, a więc stwierdzenie dużych nawet ilości N we krwi nie jest jeszcze oznaką rychłej śmierci. Zgodnie z tem Nobécourt i Darré, zajmujący się badaniem mocznika w płynie mózgowo-rdzeniowym w zapaleniach nerek u dzieci, mówią: »obecność (wzmożona) mocznika w płynie mózgowo-rdzeniowym nie jest bezwzględnie złą na razie«, choć uważają ci autorzy, że utrzymywanie się mocznika w większej ilości nie jest obojętne na przyszłość dla przepuszczalności nerek. Ci i inni autorzy francuscy (Nobecourt, Sevestre) stwierdzali wzmożone ilości mocznika i w wielu innych chorobach dzieci (n. p. przy toksycznych zaburzeniach pokarmowych od 0.5 do 3.77 pro mille), lecz ciekawem jest, że na sekcyi stwierdzano nieznaczne zmiany w nerkach, a bardzo ciężkie w wątrobie; czy więc nie można mówić, na co zwracają uwagę wymienieni autorzy, raczej o innem pochodzeniu mocznika w płynie mózgowo-rdzeniowym, o nadprodukcyi mocznika w wątrobie... Nie wspomniał też prelegent nic o tak zw. »syndrome cardio-vasculaire« francuskich klinicystów, zwłaszcza pedyatrów, — wzmożone ciśnienie tętnicze i powiększenie serca, nie spotykane w prostych białkomoczach, dość często w »albuminurie chlorurémique«, a bardzo wybitnie w »albuminurie azotémique«. (Streszczenie własne).

d) Kol. Królikowski wyraża zdanie, że w przedstawionej przez prelegenta klasyfikacyi zupełnie nie została uwzględniona anatomia patologiczna, która na klasyfikacyę taką powinna bezwarunkowo mieć wpływ, jeżeli nie wyłączny, to w każdym razie ważny, wyjaśniający zarazem objawy kliniczne. Podział zapaleń nerek wyłącznie na zasadzie objawów klinicznych kol. K. uważa za niedostateczny; podział ten jest sztuczny; mogą być postacie mieszane, przejściowe; może być azotemia bez choroby nerek, taksamo białkomocz.

e) Kol. Dehnel wyjaśnia, że hypertensya zależy od zatrucia ustroju. Co do podziału, to przyznaje, że jest on sztuczny, ale przy obecnym stanie wiedzy każdy podział chorób nerek musi być sztuczny.

S. Weinzieher.

Wydział lekarski Towarzystwa przyjaciół nauk w Poznaniu.

Walne Zebranie z d. 26. IV. 1913.

1) Prezes Radca Chłapowski wita zgromadzonych kolegów i zaprasza na przewodniczącego kol. Kubackiego z Pleszewa.

2) Kol. Mieczkowski przedstawia 14-letniego chłopca, cierpiącego na **raka kiszki grubej,** jak wykazała operacya. Pierwotnie rozpoznawano tu przewlekłe zapalenie kiszki ślepej. Chory mizerniał coraz więcej, ponieważ zaś nie miał gorączki, a bóle wciąż trwały, przeto zmieniono rozpoznanie na rozpoznanie nowotworu. Okazało się też,

że istotnie chodzi o raka (adenocarcinoma coeci) **z wgłobieniem w okrężnicę poprzeczną.** Mowca przeciął wzdłuż okrężnicę poprzeczną, wyciął guz i, zeszywszy końce, rozsunął wgłobienie.

3) Kol. Nowakowski przedstawia a) chorą 20-letnią, która upadłszy, uderzyła się w prawe ramię i dopiero po dwóch dniach z powodu silniejszego bólu ręką poruszać nie mogła. Oddano chorą do szpitala na oddział chorób wewnętrznych (!), gdzie leczono ją elektryzacyą i t. d., skutkiem czego po 6 tygodniach wyszła chora z zupełnie zesztywniałem ramieniem. Mowca objąwszy wówczas leczenie, zrobił natychmiast rentgenogram i przekonał się, że cała torebka stawowa była skostniała. Po małym więc urazie nastąpiły bardzo poważne zmiany. Najlepiej będzie skostniałą torebkę wyciąć. Następnie kol. Nowakowski przedstawia b) kotlarza z **»mal perforant de la main«**, spowodowanem skaleczeniem nerwu pośrodkowego przy operacyi. Chory ten miał po powikłanem złamaniu prawego palca wielkiego ropowicę całej ręki i przedramienia. Po przecięciu i wygojeniu pozostała sztywność wszystkich niemal stawów ręki. Przez gimnastykę w zakładzie kol. N. udało się palce uruchomić zupełnie, resztę stawów częściowo. Gdy jednak chory zaczął pracować, pokazały się na czubkach wskaziciela i średniego palca źle gojące się bąble i rany, które zawsze przy rozpoczęciu pracy powracały. Mowca sądzi, że podstawą tego jest skaleczenie nerwu pośrodkowego, które wywołało trofoneurozę.

3) Kol. Wierzejewski przedstawia a) przypadek **arthritis ankylotica** wszystkich stawów, z których uruchomił łokciowy, pokrywając przytem kość ramienną przy końcu częścią mięśni przedramiennych; b) dalej pokazuje rentgenogram kolana chorego 20-letniego, które wskutek gruźlicy całkowicie zesztywniało. Sprawa rozpoczęła się w 3. roku życia. Mowca wykonał resekcyę całej torebki i utworzył nową, wszczepiając szmat powięzi szerokiej i więzadła boczne, z tejże powięzi utworzone. Staw teraz jest do 80% poruszalny. U dzieci niżej lat 20 operacya ta chybia celu, bo tworzy się skostnienie mięśni (myositis ossificans).

4) Kol. Gantkowski gorąco zachęca do zgłaszania się do Towarzystwa internistów polskich.

5) Kol. Witold Kapuściński wygłasza wykład: **Przejawy gruźlicy w zachorzeniach ocznych z uwzględnieniem rozpoznania i leczenia.** Na gruźlicę jako powód chorób ocznych mało zwracano uwagi. Dopiero Michel podniósł doniosłość tych spraw, które daleko większą rolę grają, niż mniemano. Płuca niezawsze przytem muszą być zajęte. W zmianach oka rzadko chodzi o typową formę gruzełka. Odczyn Pirqueta, uważany za nieszkodliwy, rozstrzyga tylko u dzieci; jest bardzo ważny przy ocenie zołzów w stosunku do gruźlicy (90% dodatnich odczynów). U królików można wywołać pryszczykowe zapalenie spojówki (phlyctenae), skoro się zwierzęta poprzednio zakazi gruźlicą. U ludzi dorosłych każde zachorzenie oczne — prócz wrzodu pełzającego — może mieć charakter gruźliczy, ale w większej części przypadków nie znajdujemy w oku samem typowo gruźliczych zmian. Rozpoznawczo rozstrzygają tu wstrzykiwania tuberkuliny, które powoli się zwiększa do dawki 0,2. Jeśli po tej dawce nie ma odczynu, to można gruźlicę wyłączyć. Odczyny te nie są szkodliwe; raz tylko widział prelegent dość silny odczyn przy zapaleniu tęczówki i ciałka rzęskowego, raz pewne pogorszenie. Odczyn silny przy stwardniającem zapaleniu rogówki (keratitis sclerotica) nawet jest wprost pożądany. Krwotoki w ciałku szklistem miewają często podstawę gruźliczą. Mimo wykazania gruźlicy, jako powodu licznych zachorzeń ocznych, dawne nasze środki, jak arszenik i jod, zatrzymują w okulistyce swe prawa.

W dyskusyi a) kol. Chłapowski podnosi piękną polszczyznę wykładu; — b) kol. Ksawery Zakrzewski zwraca uwagę, że i w innych dziedzinach gruźlica często bywa zapoznawana jako czynnik etyologiczny., N. p. leczono pewnego służącego szpitalnego na wyprysk rąk bezskutecznie. Dopiero gdy z innych powodów zastosowano tuberkulinę, wyprysk odrazu ustąpił.

5) Kol. Nowakowski pokazuje a) dwa preparaty wyjętego **wola,** z których jeden (gdzie były objawy choroby Basedowa) jest zwyrodniały koloidowo; b) rentgenogram **gruźliczego zapalenia szpiku** kości ramiennej. Sprawa, trwająca lat 15, w ostatnim czasie tak się stała bolesną, że prelegent zdecydował się na operacyę.

6) Kol. Pawlicki: **O rozpoznaniu czynności nerek chorych.** Prelegent omawia różne metody badania sprawności nerek zapomocą florydzyny, kryoskopii, oznaczania mocznika w krwi i moczu, fenolftaleiny i oddaje prym próbie indygokarminowej. Sposób ten w 90% przypadków nie zawodzi, jak się prelegent sam w praktyce przekonał. Nie wolno zabierać się do wyjęcia jednej nerki bez poprzedniego dokładnego zbadania sprawności drugiej nerki. W końcu przedstawia prelegent wyjętą z powodu roponercza nerkę.

W dyskusyi a) kol. Karwowski zaznacza, że w wielu przypadkach próba indygokarminowa bez cewnikowania moczowodów nie wystarcza. Daje ona jedynie pogląd, czy druga nerka wogóle jest czynna, czy nie, jaki zaś jest mocz z tej nerki, czy zawiera białko, ropę i t. d., o tem przy zwyczajnej cystoskopii dowiedzieć się nie możemy. — b) Kol. Pawlicki podtrzymuje swoje zapatrywanie, przyznaje jednak, że i on stosuje cewnikowanie moczowodów, jeśli sama cystoskopia do celu nie wiedzie. — c) Kol. Panieński ze stanowiska internisty zwraca uwagę na ważność ciśnienia krwi, koncentracyi molekularnej, ilości moczu w stosunku do spożytych płynów i t. d., oraz zawartości t. zw. reszty azotu w moczu i krwi. d) Kol. Nowakowski wspomina o pracy Gottsteina z Wrocławia o rozpoznaniu czynności nerek. — e) Kol. Ksawery Zakrzewski stwierdza, że żadna metoda nie jest zupełnie pewna. Ocenienie ich jest często podmiotowe, zależnie od kliniki i kraju, w którym się je stosuje. — f) Kol. Dandelski podnosi ważność cewnikowania moczowodów, które bynajmniej nie jest niebezpieczne. Chcąc dojść do pewnych wyników, należy różne metody porównywać. — g) Kol. Jezierski wspomina o stosowanej w Ameryce fenolsulfoftaleinie, używanej śródżylnie. Co do uwag kol. Panieńskiego, to zaznacza, że w zachorzeniach nerkowych niezawsze ciśnienie krwi jest wzmożone. Przeciwnie przy gruźlicy i wodonerczu bywa ono obniżone. — h) Kol. Dziembowski jest za stosowaniem wszystkich prób, t. j. także cewnikowania. Mowca przytacza przypadek, w którym wykonano próbę indygokarminową i kryoskopową, a jednak po wyjęciu chorej nerki nastąpiła mocznica i śmierć. — i) Kol. Łazarewicz, streszszając wypowiedziane zdania, podnosi niedostateczność wszystkich metod. — k) Kol Dandelski zwraca się przeciw badaniu fermentów, które daje dopiero po 24 godzinach wynik i jest niepewne. Wspomina o przypadku raka nerki, gdzie polegając na wyczuciu powiększonej nerki, wzięto ją za chorą i wyjęto. Tymczasem okazało się, że właśnie ta nerka była zdrowa. — l) Kol. Pawlicki w końcu jeszcze zdaje sprawę ze swych prób na królikach. Mowca otwierał w uśpieniu pęcherz i wstrzykiwał śródmięśniowo indygokarmin, aż się zaczął pokazywać niebiesko zabarwiony mocz. Wtedy wypreparował mowca jedną nerkę i popędzlował ją rozczynem azotanu srebra. W tej chwili zmieniła się jej czynność, barwik przestał się wydzielać, a ilość moczu z tej strony znacznie opadła. Badanie drobnowidowe wykazało ogromne rozszerzenie naczyń i wybroczyny z naczyń włosowatych. Zabarwienie moczu występuje przy próbie indygokarminowej po 8—10 minutach. Chodzi o to, czy z obu nerek równocześnie i z równą siłą się rozpoczyna.

Adam Karwowski.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Budowa nowego gmachu kliniki położniczo-ginekologicznej ma się rozpocząć, jak słychać, już w roku bieżącym.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 14. XII. do 20. XII. 1913 zgłoszono przypadków: błonicy 5 † 2 (obcych 3 † —), krztuśca 7 † 1 (— † —), ospy wietrznej 1, płonicy 13 † 2 (4 † —), odry 8 † (— † —), duru brzusznego 2 † 1, (7 † —) czerwonki 2, róży 3 — 1 (2 † 2). Dr. Janiszewski.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 15. XII. do 22. XII. 1913 przypadków: ospy 3, płonicy 4, róży 2. Dr. Trenkner.

Z różnych stron. Senat w Petersburgu orzekł, że brak świadectwa dojrzałości z gimnazyum rosyjskiego nie może dla doktorów zagranicznych stanowić przeszkody do zdawania egzaminu lekarskiego w Rosyi. — Na porządku dziennym posiedzenia Polskiego Związku lekarzy i przyrodników w Petersburgu w d. 26. XII. 1913 znajdowały się następujące wykłady: 1) Dr. Huszcza. »O wpływie wzmożonego atmosferycznego ciśnienia na skład krwi«. 2) Dr. Wojnicz. »O wodzie Łuckiej (na Wołyniu)«.

Redakcya otrzymała: Alfr. Sokołowski: Serce a płuca, ich wzajemny stosunek w sprawach patologicznych. (Odczyty kliniczne Serya XX Zesz. 9). — Mikulski: W walce z alkoholem — od słowa do czynu (Głos lek. 1913). — Prof. Dr. Ludwik Rydygier: Zbiór prac dotychczas drukiem ogłoszonych. Lwów 1912. str. 1268 + XLIX. — Wiczkowski: Walka z gruźlicą w innych krajach a u nas. Lwów 1913. str. 28.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w grudniu 1913. (dokończenie).

Gazeta lekarska. Nr. 51—52: Pruszyński: Mikołaj Rejchman (życiorys) (51). — Gabszewicz: Wyniki zabiegów operacyjnych w zwężeniach odźwiernika nienowotworowego pochodzenia (51).— Rzętkowski: Badania nad rozwojem charłactwa w przebiegu nowotworów mysich doświadczalnych (51). — Turkiewiczówna: Przyczynek do anatomii patologicznej przepuklin przeponowych (51). — Grudziński: Radiodyagnotyka zwężeń przełyku (51). — Dąbrowski: Dwa przypadki rozstrzeni żołądkowej u młodych chłopców (51). — Smużyński: Z kaznistyki zwężeń bliznowatych przełyku i żołądka (51). — Moczulski: Spostrzeżenia kliniczne nad wpływem wziewań w niedomodze sercowej (51) — Bernhard (dok. 52)

Tygodnik lek. Nr. 52: Przeździecki: O alopecia areata. — Czarnik: O nowych urządzeniach w szpitalach dla dzieci. —

Przegląd chirurg. i gin. T. IX. Z. III.: Zembrzuski: Z dziedziny chirurgii tylnej jamy czaszkowej. — Leśniowski: Kilka słów w sprawie samoistnych przetok żołądkowo-okrężniczych.

Zdrowie. Z. XII. Inż. Gomuliński: O asenizacyi miast. — Hewelke: Nowe prawo o ubezpieczeniu robotników. — Fidler: Stan szpitalnictwa oraz ruch chorych w szpitalach ziemi radomskiej.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Nadesłane.

HUNYADI JÁNOS
GORZKA WODA NATURALNA
NAJLEPSZY ŚRODEK CZYSZCZĄCY
ZWRACAĆ UWAGĘ FIRMĘ ANDREAS SAXLEHNER NA KAŻDEJ ETYKIECIE

Dr Bronisława Korabczyńska
kierowniczka zakładu radiologicznego szpitala św. Łazarza w Krakowie
otworzyła 294
zakład rentgenowski dla dyagnostyki i terapii
przy ul. Karmelickiej 20 I. p. — Godziny ordyn. 3—5 popoł.

DRA BINDERA
Sanatoryum „STEFANIA“
w Meranie. 146
Pierwszorzędny zakład dla terapii słonecznej, klimatycznej, dyetetycznej i fizyko-leczniczej. Chorych na gruźlicę płuc zakład nie przyjmuje. Nowo urządzone: Bergonié, emanatoryum radowe, Thermoflux i wspaniałe kąpiele słoneczne.
Ceny umiarkowane. — Prospekty polskie na żądanie.
Dr Binder (leczy także poza zakładem).

Szczawa **Krondorfska** uznana za najlepszą i naturalną.
Najlepsze skutki w nieżytach żołądka i pęcherza, jako też dróg oddechowych. 205
Prospekty rozsyła na żądanie Brunnen-Unternehmung Krondorf bei Karlsbad lub też Generalna reprezentacya dla Galicyi i Bukowiny, Kraków, Grodzka 48, Lwów, Sykstuska 31.

MATTONIEGO **GIESSHÜBLER**
naturalna szczawa alkaliczna
NAPÓJ ORZEŹWIAJĄCY STOŁOWY,
SKUTECZNY BARDZO NA KASZEL W CHOROBACH ONGI, KATARACH ŻOŁĄDKA I PĘCHERZA. 5
HENRYK MATTONI, Karlsbad i Wiedeń.

Apteka pod „Aniołem“
Kraków-Półwsie.
Pilulae Eucalyptoli comp. fabr. Banke.
Stosowane z bardzo korzystnym wynikiem w przypadkach chorób dróg oddechowych. Zastępują w zupełności wszelkie dotychczasowe przetwory kreozotowe. Słoik oryg. zawiera 200 pigułek otoczonych czekoladą.
Ung. Amidoazotoluoli Banke
działającego składnika czerwieni szkarłatnej celem przyspieszenia ziarninowania i pokrywania się rany przyskórkiem. — W tubach i słoikach oryginalnych.
Własnego wyrobu:
wszelkie wyjałowione wstrzykiwania podskórne w ampułkach ze szkła jenejskiego. 240
Ung. hydrargyri oxydati flavi pultiforme „Banke“ sec. Dr Schweissinger.

Rok LIII. Kraków, dnia 10 stycznia 1914 Nr 2.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

†
PROF. DR. ERWIN MIĘSOWICZ

W krótkim czasie, bo niespełna w przeciągu jednego roku, ponosi Wydział medyczny Wszechnicy Jagiellońskiej trzecią stratę; obecnie tem boleśniejszą, że dotyczy ona jednego z bardzo młodych jego członków, który pada już w samym początku swej pracy naukowo-zawodowej. Dnia 2. stycznia b. r. zmarł nagle w Krakowie na udar mózgowy profesor medycyny wewnętrznej, Dr Erwin Mięsowicz, w 38. roku życia.

Ś. p. Erwin Mięsowicz urodził się 1875 r. w Turce pod Samborem, studya gimnazyalne ukończył z postępem znakomitym w Krakowie 1893 r., poczem wstąpił do Uniwersytetu Jagiellońskiego jako uczeń Wydziału medycznego, który ukończył chlubnie w r. 1899, otrzymując dyplom doktorski. Podczas swych studyów lekarskich starał się wykształcić wszechstronnie; oddawał się między innemi przez dłuższy czas porównawczym ćwiczeniom zoologicznym w pracowni prof. Hoyera w Krakowie. Jako uczeń Uniwersytetu oddawał się też z wielkiem zamiłowaniem ćwiczeniom gimnastycznym, propagował je z podkładem naukowym niezmiernie gorliwie między młodzieżą i z tego zapału był w kołach Sokolstwa ogólnie znany.

W r. 1900 wstąpił do kliniki medycznej, gdzie jako asystent pracował i kształcił się pod kierownictwem Edwarda Korczyńskiego, a następnie Walerego Jaworskiego aż do roku 1912. W r. 1907 habilitował się jako docent medycyny wewnętrznej, a w r. 1911 został tytularnym profesorem tej gałęzi medycyny. Jako asystent prowadził on przeważnie całe ambulatoryum kliniczne, a jako docent ćwiczenia w badaniu fizycznem chorych i mikroskopię kliniczną. W r. 1906 odbył dłuższą podróż naukową do Berlina i Strassburga, gdzie pracował w klinice prof. Krehla, a tu najwięcej zajmował się chorobami narządu krążenia.

Od r. 1909 był prezesem »Wydawnictwa dzieł lekarskich polskich«, a od r. 1911 przewodniczącym Komisyi przemysłowo-lekarskiej Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Prof. Mięsowicz był obdarzony wyjątkowem uzdolnieniem i posiadł gruntowną wiedzę; przez to był wielce ceniony przez uczniów, kolegów i przełożonych. Prace Jego naukowe odznaczają się wielką logicznością, subtelnością krytyczną, jasnym poglądem i wielką dokładnością, jakby były wycyzelowane. Wielką zasługę położył prof. Mięsowicz przez opracowanie dzieła »Sposoby badania klinicznego«. Jest to pierwsze w tym zakresie oryginalne dzieło w języku polskim. Dwa zeszyty tego dzieła wyszły, ukazaniu się trzeciego i ostatniego, przygotowanego do druku, przeszkodziła przedwczesna śmierć autora.

Jako nauczyciel wykładał prof. Mięsowicz ze spokojem i jasnością, umiał uwypuklić rzeczy ważniejsze, odgadnąć i nauczyć uczniów tego, czego im brakuje lub co jest dla nich trudno zrozumiałem. Był też przez nich wysoko cenionym nauczycielem.

W ostatnich kilku latach był prof. Mięsowicz bardzo poszukiwanym konsultantem i praktykiem. Chorzy garnęli się do Niego ani z powodu poleceń, ani z powodu sposobu zachowania się, lecz z powodu trafności rozpoznania cierpienia i przepisu leczniczego. Miał On bowiem dar pochwycenia najistotniejszych objawów chorobowych, a do tego doszedł przy swoim wielkim zmyśle spostrzegawczym przez ogromną wprawę kliniczną. Przez czas Jego praktyki klinicznej przesunęło się przez Jego ręce przeszło pięćdziesiąt tysięcy chorych. Doszedł On do tak znacznej wprawy dyagnostycznej, że rozpoznawał często trafnie chorobę z pierwszego już wejrzenia chorego, dochodząc odrazu do rozpoznania, które szczegółowe badanie kliniczne zwykle całkowicie potwierdzało. W przypadkach trudnych umiał On szczęśliwie łączyć naukowe dociekanie laboratoryjne z badaniem zewnętrznem chorego, będąc typem nowoczesnego postępowego klinicysty.

Profesor Mięsowicz należał do ludzi bardzo uczynnych, a szczerych, mówiących serdecznie i otwarcie bez ogródek, co czują i myślą, nie dając się kierować względami postronnymi. Był też zrozumiany i lubiany przez wszystkich, którzy się z Nim dłużej stykali. Bardzo ograniczone wytężoną pracą wolne chwile poświęcał najmilej swemu małemu kółku rodzinnemu, składającemu się z Małżonki, z domu Korczyńskiej i dwóch nieletnich synków. Przedwcześnie zgasł dla nich i dla nauki, jak świetny meteor; składamy z Nim do grobu poważne zasługi, a wielkie i uzasadnione nadzieje.

Cześć Jego zacnej pamięci! W. Jaworski.

Prace i publikacye prof. Męsowicza ogłoszone drukiem, są następujące:

1) Über einen seltenen Fall von Basedow'scher Krankheit mit Muskelatrophien (Wiener kl. W. 1904, 45).

2) Drugi rzadki przypadek choroby Basedowa ze zanikiem mięśni kończyn górnych, a śluzakowatemi zmianami dolnych (Gaz. lek. 1905).

3) Chlorbarium als Herzmittel (Wien. therap. Woch. 1905,36)

4) Przyczynki do nauki o sprawach septycznych (Nowiny lek. 1905).

5) Über die therapeutische Wirkung des Römer'schen Serums bei der croupösen Pneumonie (Wiener klin. therap. Wochenschr. 1906, 38).

6) Badania nad zmianami wewnętrznych narządów królika po śródżylnych wstrzykiwaniach adrenaliny (Sprawozdania Akademii Um. w Krakowie. Wydz. mat. przyr. Serya III T. 2 Dz. B).

7) Über experimentelle heteroplastische Knorpelbildung in der Tieraorta. (Centralbl. f. allg. Path. und path. Anatomie s. 18, 1907).

8) Ueber späte Rachitis (Rhachitis tarda). (Wien. kl. Woch. 1908, 27).

9) Ueber experimentelle Herzhypertrophie. (Wien. kl. Woch. 1909, 13).

10) Observations cliniques sur la présence des substances mydriatiques dans le sérum sanguin de l'homme, par Priv. Doc. Dr. Męsowicz et Dr. A. Maciąg. (Folia serologica II. B. 1909).

11) Recherches cliniques et experimentales sur la présence des substances antitryptiques du serum sanguin de l'homme. E. Męsowicz et A. Maciąg (Intern. Beiträge zur Path. u. Ther. der Ernährungsstöungen I. Bd. II. 2).

12) Ueber den verderblichen Einfluss der gegenwärtigen Richtung in den chemischen Fabriken und Apotheken auf die praktische Medizin. W. Jaworski u. E. Męsowicz (Münch. med. Woch. 1909).

13) Rzut oka na nowsze zdobycze dyagnostyczne w medycynie wewnętrznej. (Przegl. lek. 1910, 4).

14) Sposoby badania klinicznego. Zeszyt I. Kraków 1910.

15) O wskazaniach do przerywania ciąży ze stanowiska medycyny wewnętrznej. (Przegląd lek. 1912, 16.)

16) Sposoby badania klinicznego. Zeszyt II. Kraków 1912.

Z zakładu rentgenowskiego Dra Zygmunta Steuermarka w Krakowie.

Nowe metody leczenia nowotworów za pomocą promieni Röntgena.

Napisał
Dr Zygmunt Steuermark.

(Odczyt na posiedzeniu Tow. lekarskiego w Krakowie d. 12 listopada 1913)

Ażeby przedstawić obraz wielkiego ruchu naukowego, jaki w ostatnich czasach na polu leczenia złośliwych nowotworów rozrósł się do imponujących wprost rozmiarów, pragnę przedewszystkiem w krótkich zarysach naszkicować te metody leczenia, które zyskały sobie uznanie w nauce, jako samodzielne drogi, częściej jednakże tylko jako kierunki pomocnicze dla rentgenoterapii i radioterapii. Mam tu na myśli leczenie szczepionkami, fermentami, toksynami, a przedewszystkiem środkami chemicznymi i elektrycznością.

Leczenie szczepionkami, t. zw. wakcynoterapia, polega na tem, że z wyciętego nowotworu albo lepiej jeszcze z wyłuszczonych gruczołów sporządza się w specyalny sposób szczepionki, t. zw. autowakcyny, które, po upewnieniu się, że są wolne od bakteryi, najpóźniej w 6 dni po ich przygotowaniu wstrzykuje się podskórnie.

Dotychczasowe, bardzo jeszcze nieliczne doświadczenia w tej dziedzinie zdają się przemawiać za tem, że w niektórych przypadkach można będzie w przyszłości zapomocą wzmocnionych szczepionek, być może w kombinacyi z mezotorem, zapobiedz nawrotom i przerzutom w oddalonych narządach. Dotychczas jednak większego znaczenia wakcynoterapia sobie nie zdobyła i tylko w piśmiennictwie nieliczni badacze (Klemperer, Rovsing, Lunckenbein, Pinkuss i Blumenthal) do prób w tym kierunku zachęcają; na ostatnim Zjeździe chirurgów niemieckich opisał Stammler ze szpitala Eppendorfskiego w Hamburgu przypadek usunięcia rozległego nawrotu po wyłuszczeniu rakowatej macicy zapomocą autowakcyny z przerzutu gruczołowego.

Również i leczenie toksynami nie gra dotychczas większej roli, a opiera się na starych spostrzeżeniach Buscha i Volkmanna, że mięsaki niekiedy po przebytej róży znikają; wobec tego wstrzykiwał Colley wyjałowione toksyny róży i prątka krwawego (bacillus prodigiosus) i rzekomo w 5% leczonych przez siebie mięsaków osiągnął trwałe wyleczenie; nigdy zaś skutku nie było u chorych na raka. Ujemną stroną tego leczenia jest wysoka nieraz gorączka, która u chorych, i tak już wyniszczonych przez nowotwór, może być wprost zgubna.

Z innych toksyn należy wspomnieć o antymeristemie; wprawdzie nie posiada on działania swoistego na komórki raka, jednakże nie można mu odmówić pewnego wpływu na obrzęk zapalny dookoła nowotworu, który się może zmniejszyć i przez to nowotwór staje się bardziej ruchomy.

W bardzo również skromnych rozmiarach ziściły się nadzieje, pokładane we wstrzykiwaniach fermentów, które miały strawiać komórki nowotworowe. Wstrzykiwana wprost do nowotworu trypsyna może wprawdzie wywołać w nim częściowe rozmiękczenie i rozpłynięcie, nigdy jednak nie zauważono przy wstrzykiwaniach fermentów z miejsc odległych, ażeby drogą naczyń limfatycznych lub krwionośnych jakiekolwiek zmiany wywołać zdołały. Daleko już lepsze widoki posiada chemoterapia, gdyż dotychczas poszczycić się może pewnemi konkretnemi zdobyczami, szczególnie pod względem leczenia mięsaków. Ze środków chemicznych stosowano oddawna ze stosunkowo największem powodzeniem arszenik, a mianowicie jako rozczyn Fowlera, atoksyl, arsacetynę, salwarsan i neosalwarsan. Nieraz w kombinacyi ze śródżylnemi wstrzykiwaniami thorium X spostrzegano (Pinkuss) wstrzymanie dalszego rozwoju nawet raka na czas dłuższy; podano też w piśmiennictwie dość liczne przypadki zupełnego zniknięcia mięsaków. W szczególności nieraz znakomite wyniki daje wprowadzony śródżylnie i do nowotworu salwarsan w przypadkach mięsaków, złożonych z komórek okrągłych i wrzecionowatych, a także i w niektórych mięsakach limfatycznych (lymphosarcoma). Raki natomiast na salwarsan nie oddziałują.

W ostatnich czasach zyskała chemoterapia nowotworów pewne naukowe podstawy dzięki doświadczeniom na zwierzętach. Ponieważ oddawna wiadomo, że raki i mięsaki wywołują często przerzuty w ustroju drogą naczyń krwionośnych, przeto powstała myśl, ażeby dążyć do zniszczenia nowotworów właśnie na tej drodze; pokazało się też niebawem, że niektóre substancye posiadają działanie wybiór-

cze (elektywne) na komórki nowotworowe, co określono nazwą powinowactwa do nowotworu, »tumoraffin« (Neuberg, Caspari). Substancyę taką, mianowicie seleneozynę, wstrzykiwali Wassermann i Keyser do żyły ogonowej myszy i zdołali ją następnie wykazać w jądrach komórek nowotworowych. Również stwierdzono, że pod wpływem metali w rozczynie koloidalnym rozwija się u myszy w nowotworach niezwykle silne przekrwienie, rozpłynięcie i rozpad jąder komórek nowotworowych, co wiedzie niekiedy do zniknięcia guzów. Na razie dawka lecznicza leży zbyt blizko dawki toksycznej, tak iż doświadczeń tych nie odważono się powtórzyć u ludzi.

W ostatnim jednak czasie Neuberg i Caspari, a niezależnie od nich Gaube de Gers w Paryżu próbowali stosować t. zw. kuprazę, t. j. koloidalny rozczyn miedzi przeciw rakowi u ludzi.

Kombinowano też wstrzykiwania kuprazy z naświetlaniami promieniami Röntgena.

Na odmiennych zasadach oparte są doświadczenia Wernera z Heidelberga i jego współpracowników Schwarza i Szécziego z solami choliny. Autorzy ci wykazali, że przez naświetlanie lecytyny promieniami Röntgena lub radu wytwarza się cholina, która posiada podobne do nich własności. Po wstrzyknięciu 2—5% rozczynu choliny, a lepiej jeszcze mniej trującego związku choliny z kwasem borowym, t. zw. borcholiny czyli enzytolu, występują po kilka dni trwającym okresie utajenia objawy takie, jak po silnych naświetlaniach, a mianowicie: zaczerwienienie skóry lub jej zapalenie, a nawet i martwica, wypadanie włosów, znikanie komórek macierzystych plemników, zmiany w śledzionie i w gruczołach chłonnych, leukopenia, a następnie hyperleukocytoza z rozpadem limfocytów. Nawet płody wewnątrz macicy po podskórnych wstrzykiwaniach choliny obumierają i następuje poronienie. Zjawisko to nazywają Czerny i Werner chemicznem naśladowaniem działania promieni.

W lecie b. r. miałem sposobność zwiedzić słynny Zakład samarytański dla badania i leczenia raka w Heidelbergu i dzięki wielkiej uprzejmości obecnego kierownika, prof. Wernera, następcy Czernego, dowiedziałem się, że wyniki, uzyskane u ludzi zapomocą skombinowanego leczenia wstrzykiwaniami enzytolu i promieniami Röntgena, są tak dobre, iż żadną inną metodą podobnych uzyskać nie było można. Stosowano leczenie to u kilkuset chorych, z których u wielu nietylko można było usunąć guzy i owrzodzenia nowotworowe, ale i wielu z nich jest już przeszło rok bez nawrotu. Autorzy nie łudzą się, iżby w enzytolu znaleźli oddawna poszukiwany środek swoisty przeciwko rakowi; jednakże jest to bezwątpienia środek pomocniczy pierwszorzędnego znaczenia. Zaleta jego leży głównie w tem, że przy równoczesnych wstrzykiwaniach śródżylnych tego przetworu daleko mniejsze dawki promieni wystarczają do osiągnięcia wstecznej przemiany nowotworu i na tem polu polegać ma, zdaniem Wernera, przyszłość tego sposobu leczenia.

Wstrzykuje się 2—5 gramów 10% rozczynu, rozrzedzonego rozczynem fizyologicznym soli aż do 20 gramów, śródżylnie lub do mięśni; w wyjątkowych przypadkach można dawkę tę powiększyć znacznie i powtarzać ją przez dłuższy czas. Jako uboczne objawy występują bóle głowy, nudności i wzniesienia ciepłoty.

Ważną wreszcie rolę w walce z nowotworami odgrywa elektroterapia, stosowana zaś bywa w trojakiej formie; jako operacya zapomocą igły de Foresta, jako termopenetracya czyli diatermia i jako fulguracya. Operacya igłą de Foresta polega na używaniu prądów zmiennych o maksymalnem napięciu 400 wolt i sile 2 do 3 amperów; prąd ten, wypływając z ostrza igły lub noża w postaci łuku świetlnego, rozcina tkanki, tworząc powierzchowny tylko strup, tak iż, niedotykając nawet ciała, możemy z pewnej odległości operować. Nowotwory, usadowione poza jamą otrzewnej i czaszki, oraz poza klatką piersiową, można w ten sposób usunąć, o ile niema potrzeby przerzynać kości, lub odpreparowywać naczyń i nerwów, które mogłyby być zrosłe z nowotworem.

Tam, gdzie zależy nam na tem, ażeby pozostawione ewentualnie w ranie resztki nowotworu zniszczyć i zapobiedz nawrotom, tam uciekamy się do diatermii lub fulguracyi.

Diatermię wykonujemy tym samym przyrządem, który potrzebny jest i do igły de Foresta; wybieramy jednak, jako elektrodę, nie narzędzie ostre, lecz płaską metalową nasadkę.

Stosować diatermię możemy w sposób dwojaki; albo kładziemy elektrodę wprost na skórze i możemy rozgrzać leżące pod nią tkanki, a nawet je wprost ugotować, albo pozostawiamy wolną przestrzeń pomiędzy elektrodą a ciałem i wtedy powierzchnia ciała ulega zwęgleniu przez snop przeskakujących z elektrody iskier; w ten sposób można też wstrzymać małe miąższowe krwawienia.

Diatermia ma wielorakie zastosowanie w chirurgii: możemy nią wyjałowić ranę po operacyach doszczętnych, możemy przez przegrzanie do 50° C. i nieco wyżej zniszczyć pozostałe w ranie komórki nowotworowe, polegając na tem, iż są one wrażliwsze na podniesienie ciepłoty, niż tkanka zdrowa; wreszcie możemy też zniszczyć nowotwór przez ugotowanie go, a nawet zwęglenie; powstałe strupy pozostawia się do dobrowolnej dekarmacyi albo ostrą łyżeczką wygarnia się je natychmiast. Niewielkie nowotwory, które nie leżą w pobliżu wielkich naczyń krwionośnych, można tą metodą w znieczuleniu miejscowem szybko usunąć, prędzej niż przy pomocy promieni Röntgena. W ten sposób wyleczone przypadki nowotworów bez nawrotu w rok po operacyi miałem sposobność widzieć w klinice Nagelschmidta w Berlinie; szczególnie wspaniały był wynik u chorego z rakiem języka, którego cała część, zajęta przez nowotwór, została ugotowana, a po jej oddzieleniu się pozostała gładka blizna. Rakowce (kankroidy) mogą być zniszczone w ciągu kilku sekund.

Szczególne zastosowanie ma diatermia dla uczulania guzów na promienie Röntgena. Leczenie guzów promieniami Röntgena, jak to poniżej szczegółowo postaram się przedstawić, otwiera zupełnie nowe horyzonty Jest faktem stwierdzonym licznemi badaniami drobnowidowemi, że komórki nowotworowe ulegają pod wpływem promieni Röntgena rozpadowi, i to tem łatwiej, im guz powierzchowniej jest położony; przytem niezwykle ważną rolę odgrywa indywidualna wrażliwość nowotworu na promienie; istnieją guzy, które już po minimalnej ilości promieni ulegają przemianie wstecznej i stopniowo znikają; są jednak i takie, które na tysiące jednostek pozostają niewrażliwe pomimo tej samej zupełnie budowy histologicznej. Dlatego dążeniem nowoczesnej rentgenoterapii jest stworzyć takie metody, któremiby można tę indywidualną wrażliwość nowotworu zwiększyć, innemi słowy, uczulić go na promienie Röntgena. Otóż dzięki

badaniom Gottwalda Schwarza pokazało się, że narządy obficie przekrwione są wrażliwsze na naświetlania, niż narządy niedokrwione; a stąd otwiera się nowe pole działania dla diatermii, która, przegrzewając w znacznej głębokości tkanki, wywołuje rozszerzenie naczyń krwionośnych i temsamem uczula nowotwór. Dla udowodnienia działania tego wykonali Bering i Mayer bardzo ciekawe doświadczenia na jądrach królików; pokazało się mianowicie, że jądro królika diatermizowane i następnie naświetlone, daleko prędzej ulegało zanikowi, aniżeli drugie jądro tylko naświetlone. Ale nietylko samo przekrwienie uczula; bardzo możliwą jest rzeczą, że prądy elektryczne, jakimi w diatermii się posługujemy, tak dalece wstrząsają budową chemiczną komórek nowotworowych, iż już niewielka ilość promieni wystarcza, ażeby je do reszty zniszczyć.

W tych przypadkach, gdzie dla usunięcia nowotworu diatermia ze względów anatomicznych z powodu bliskości wielkich naczyń i nerwów jest przeciwwskazana, tam można nieraz z korzyścią stosować fulguracyę.

Polega ona na tem, że puszczamy na nowotwór prąd zmienny o wysokiem napięciu i wielkiej częstości zmian na sekundę w postaci snopa iskier o długości 10 15 cm. Wywołujemy zniszczenie nowotworu, bujanie tkanki łącznej w otoczeniu i obfity przypływ leukocytów wraz z surowicą, co zdaniem Keating-Harta powoduje ostateczne wypłukanie z rany pozostałych komórek i pobudza otoczenie do oporu przeciw rozrostowi nowotworu. Rany fulgurowane poddaje się najczęściej jeszcze naświetlaniom.

Tam, gdzie idzie o zniszczenie większych resztek nowotworu, tam fulguracya nie wystarcza i obecnie stosuje się ją głównie dla oczyszczenia wrzodziejących raków, pokrytych wydzieliną posokowatą i dla pobudzenia rany do żywego wytwarzania tkanki ziarninowej oraz pokrywania się nabłonkiem (epitelializacyi).

Przechodzę obecnie do głównego tematu, t. j. do przedstawienia ostatnich zdobyczy nauki na polu rentgenoterapii nowotworów.

Sprawa leczenia nowotworów zapomocą promieni Röntgena i substancyi promieniotwórczych weszła w ostatnich miesiącach na nowe tory; dzięki nowym badaniom problem uleczalności raka z pominięciem drogi chirurgicznej przestał już być utopią, a nieufność, z jaką odnoszono się do każdej metody, która nie była doszczętnem usunięciem nowotworu w granicach możliwie najszerszych, ustąpiła zbyt przesadnemu, jak dotychczas, optymizmowi.

Kiedy przed pół rokiem na Zjeździe fizyoterapeutycznym Gauss w imieniu szkoły Kröniga oświadczył, że nietylko nowotwory, nie dające się już operować, ale nawet i te, które bezwzględnie dotychczas leczone były operacyjnie, należy poddawać skombinowanemu leczeniu promieniami Röntgena i radu, względnie mezotoru, brzmiało to do pewnego stopnia, jako sensacya. Niezwykłe zainteresowanie obudziły jednak przedstawione przez Gaussa odlewy woskowe (mulaże), a bardziej jeszcze preparaty drobnowidowe raków, usadowionych na części pochwowej macicy, na których wyraźnie można było widzieć stopniowy rozwój tkanki bliznowatej na miejscu rozpadających się wrzodów rakowatych. Pomimo to dopiero następny Zjazd ginekologów niemieckich w Halle pchnął sprawę energicznie naprzód i zachęcił do prowadzenia badań na szerszą skalę w wielu pracowniach niemieckich. To też zewsząd rzucono się do badań nad działaniem radu i mezotoru, a miało to przedewszystkiem to niekorzystne następstwo, że producenci tych przetworów w niebywały sposób podnieśli ich ceny; nie jest też wyłączone, że dla wywołania sztucznego wzrostu cen wycofali nawet istniejące zapasy z rynków handlowych, a obecnie zapowiadają, że cały zapas, jaki w ogóle będzie dopiero wyprodukowany do końca roku 1914., jest już wysprzedany.

Ponieważ w dodatku najmniejsza ilość radu, potrzebna do badań nad nowotworami, wynosi 200—500 milligramów, przeto i cena według obecnego kursu około 100.000—250.000 K niemałą jest przeszkodą do ogólnego stosowania tego sposobu leczenia; nieco taniej wypadają próby z mezotorem (około 250 K za milligram), a którego potrzebna ilość też nie jest mniejsza.

Dlatego z konieczności zwracają się oczy wszystkich badaczy na tem polu ku promieniom Röntgena w nadziei, że może przez ulepszenie wytwarzających je przyrządów, oraz zmianę metody leczniczej uda się osiągnąć wyniki tesame, co zapomocą substancyi promieniotwórczych, — innemi słowy, że może uda się naśladować działanie radu i mezotoru zapomocą promieni Röntgena.

Oddawna ogólnie wiadomo, że nawet rozległe i głębokie raki skórne można nieraz silnem naświetleniem zupełnie zabliźnić; wynik leczniczy i kosmetyczny jest wprost wspaniały, gdyż na miejscu głębokiego owrzodzenia w ciągu dwóch do trzech tygodni po naświetleniu wytwarza się blizna gładka, biała, jakiej inną metodą uzyskaćby nie było można. Już przed cterema laty miałem sposobność w krakowskiem Towarzystwie lekarskiem przedstawiać takie przypadki, wyleczone doszczętnie, t. j. bez nawrotu.

Od lat pięciu mam w leczeniu staruszkę 80-letnią, którą naświetlałem z powodu rakowego owrzodzenia sutka, — już z przerzutami wzdłuż brzegu mięśnia piersiowego i pod pachą; owrzodzenie głębokie, bolesne, pokryte brudną posokowatą wydzieliną, usadowione na szczycie guza wielkości jaja gęsiego, zrośniętego z podstawą i nieruchomego, udało mi się w znacznej części już po kilku tygodniach leczenia zabliźnić, wzrost nowotworu i jego dalszy rozpad aż do dzisiaj wstrzymać, usunąć zupełnie bóle, które były tak nieznośne, że chora dotknięcia koszuli znosić nie mogła; jednem słowem utrzymać stan chorej możliwie dobrym aż do chwili obecnej: w obec późnego wieku chorej o innym doszczętniejszym zabiegu mowy być naturalnie nie mogło.

Niekiedy raki wewnętrzne również korzystnie oddziałują na naświetlania; rzecz jednak naturalna, że naświetlania przeważnie koją tu tylko bóle, a i to jest już niemałem dobrodziejstwem dla chorego. W daleko większym stopniu, niż raki, wrażliwe są na promienie Röntgena niektóre mięsaki. Już przed trzema laty przedstawiałem w krakowskiem Towarzystwie lekarskiem rentgenogramy przypadku mięsaka, który stwierdzony został badaniem drobnowidowem w pracowni anatomo-patologicznej prof. Browicza. Złośliwość tego nowotworu widoczna była po każdorazowej operacyi, gdyż już w 2—3 tygodni po doszczętnem usunięciu narośli (Dr Wachtel), nowe masy nowotworowe ukazywały się w niezagojonej jeszcze ranie. Chodziło podówczas o odjęcie całego palca w stawie i jako »ultimum refugium« przed tak doszczętnym zabiegiem chorą postanowiono poddać naświetlaniom.

Rycina I. przedstawia rentgenogram, z którego widać zniszczenie ostatniego członka wielkiego palca, w szczególności brak zupełny guzowatości paznokciowej (tuberositas unguicularis) na prawym wielkim palcu, jednakże śladów nowotworu samego już niema, jak również niema też obecnie, t. j. po czterech latach nawrotu. Zniszczenie to szczególnie widoczne jest przy porównaniu z palcem wielkim zdrowym ręki lewej, gdzie ta guzowatość paznokciowa jest zachowana.



Ryc. I.

Przypadek mięsaka wyleczony promieniami Röntgena.

Niektóre mięsaki są tak wrażliwe na promienie Röntgena, że, jak się wyraził znany chirurg Ali Krogius, topnieją jak śnieg pod promieniami słońca. Takie wyleczenia w piśmiennictwie nie należą do rzadkości, a opisane zostały przez Béclérea, Mertensa, Hahna, Sjögrena, Kienböcka i innych. Kienböck stawia jako zasadę, że mięsaki wychodzące ze skóry i gruczołów bezwzględnie powinny być przedewszystkiem naświetlane, a dopiero w razie wyniku ujemnego leczone chirurgicznie. Zdaniem jego, zwłoka kilkutygodniowa najczęściej nie przynosi szkody choremu, a często już w ciągu kilku tygodni można osiągnąć niespodziewanie zniknięcie nowotworu.

Pomimo to przyznać trzeba, że wyniki te, jakie przy najlepszej nawet technice osiągnąć się dają, nie są stałe i nie mogą być ujęte w pewne ścisłe zasady, któreby pozwalały z góry oznaczyć, w jakim stopniu na uleczalność nowotworu w danym, konkretnym przypadku liczyć można; dlatego ogólnie obowiązuje zasada, że nowotwory, dostępne dla doszczętnej operacyi, powinny być operowane, i to jak najwcześniej, a tylko te, które nie dają się już usunąć na drodze chirurgicznej, poddajemy naświetlaniom.

Zasada ta została mocno zachwiana w ostatnich kilku miesiącach, jak to we wstępie powiedziałem, dzięki wynikom, osiągniętym zapomocą radu i mezotoru, a także częściowo i zapomocą promieni Röntgena jednakowoż już inaczej wytwarzanych, innych gatunkowo, oraz odmiennie stosowanych. Jeżeli chodzi wprost o naśladowanie lecznicze działania radu i mezotoru przez promienie Röntgena, to musimy w pierwszej linii uprzytomnić sobie, jaka różnica zachodzi między lampą Röntgena, a substancyami promieniotwórczemi; otóż wiadomo, że różnica ta polega na tem, iż z lampy Röntgena żadną miarą nie możemy wydobyć promieni tak głęboko drążących jak promienie γ, z których najszybsze przechodzą jeszcze przez płyty ołowiane grubości 20 cm. Jeżeli przytem słuszne jest przypuszczenie, że lwiej części niszczenia nowotworów dokonują te promienie γ (Abbé, Sellheim), to jasną jest rzeczą, że pierwszym warunkiem rozwoju rentgenoterapii, a raczej wogóle warunkiem jej dalszego istnienia dla leczenia spraw chorobowych, w głębi ustroju ukrytych, jest możność wytwarzania na drodze fizycznej promieni bezwzględnie głębiej drążących, niż te, które dotychczasowymi przyrządami wytwarzać potrafiliśmy.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Z kliniki medycznej Uniwersytetu Jagiell. w Krakowie.
(Dyrektor Prof. Dr W. Jaworski).

O działaniu środków przeciwgorączkowych i o nowszych środkach przeciwgorączkowych

podał

Dr Zygmunt Wachtel,

asystent kliniki.

Do niedawna jeszcze było wśród lekarzy rozpowszechnione przekonanie, że każde podwyższenie się ciepłoty u chorego jest szkodliwe i że należy je usunąć lub zmniejszyć zapomocą środka przeciwgorączkowego. Zdanie to w połowie zeszłego stulecia wypowiedział Liebermeister, według którego zmiany anatomiczne narządów wewnętrznych po chorobach zakaźnych są następstwem długotrwałej gorączki. Dlatego też każdy środek lekarski, który obniżał ciepłotę, chętnie podawano, zwłaszcza zaś nowsze środki przeciwgorączkowe, które obniżają ciepłotę, nie wywołując przytem żadnych ubocznych objawów szkodliwych dla ustroju.

Obecnie na podstawie badań Naunyna, Pflügera, Finklera, Unverrichta i innych, przekonano się, że zmiany w narządach wewnętrznych po chorobach zakaźnych nie są następstwem podwyższonej ciepłoty, lecz substancyi toksycznych. Podwyższenie ciepłoty w chorobach zakaźnych jestto odczyn układu nerwowego ośrodkowego wobec drobnoustrojów względnie ich toksyn, jestto więc tylko objaw chorobowy, podobnie jak inne, o których niezawsze możemy wnosić, czy są dla ustroju szkodliwe, czy nie. Doświadczenia z ostatnich lat pouczają, że samo podwyższenie ciepłoty nie może być szkodliwe dla ustroju i że ono jest niejako obroną ustroju przed mikrobami. Doświadczenia na zwierzętach, u których wywołano w sztuczny sposób podniesienie ciepłoty, a które następnie zakażano drobnoustrojami, wykazały, że takie zwierzęta lepiej znoszą zakażenie, aniżeli zwierzęta, u których przedtem nie było podwyższonej ciepłoty. Działanie podwyższonej ciepłoty nie jest jeszcze dostatecznie wyjaśnione i nie wiadomo, czy ciepłota ta ma jakiś wpływ na rozrost i żywotność drobnoustrojów, lub na tworzenie się niweczników w ustroju, które zabijają drobnoustroje. Doświadczalnie przekonano się, że ilość niweczników u zakażonego królika, który nie gorączkuje, znacznie się zmniejsza, a po wywołaniu w sztuczny sposób gorączki znów się zwiększa. Opierając się na tych doświadczeniach nie powinno się właściwie zwalczać gorączki w chorobach zakaźnych i nie

ten cel powinny mieć środki podawane jako »przeciwgorączkowe«, ale powinny one przeciwdziałać głównie innym objawom, towarzyszącym zwykle gorączce, a mianowicie: przyspieszonej czynności serca, bólom głowy, duszności i niepokojowi, jakiego zwykle chory doznaje podczas gorączki, powinny też łagodzić bóle w różnych stanach chorobowych.

Zachodzi wobec tego pytanie, czy środki przeciwgorączkowe prócz tego, że obniżają ciepłotę, mogą w ten sposób zadziałać na ustrój. I w tym kierunku podjęte doświadczenia dowiodły, że środki przeciwgorączkowe działają uspokajająco na ośrodki regulujące ciepło, podrażnione zwykle przy gorączce, czasem podobnie, jak małe dawki morfiny. Możemy wobec tego uważać środki przeciwgorączkowe za narkotyki, działające w ten sposób na ośrodki regulujące ciepło, że lekko porażają czuciową sferę mózgową. Można to udowodnić na zwierzętach, u których po podaniu środka przeciwgorączkowego następuje pewna ociężałość i senność. Przedewszystkiem zaś poucza doświadczenie kliniczne, że środki przeciwgorączkowe, podawane chorym, łagodzą często bóle i działają lekko nasennie, dlatego też Schmiedeberg nazywa środki przeciwgorączkowe z grupy antypiryny narkotykami w gorączce. Wiadomo też obecnie, że często podajemy środki przeciwgorączkowe nie po to, by obniżały ciepłotę, ale jako środki uspokajające chorego, dalej jako środki lekko nasenne, a w nerwobólach, jako środki kojące ból. W bólach głowy możemy działanie środków przeciwgorączkowych jeszcze w ten sposób wytłómaczyć, że rozszerzają one naczynia mózgowe, które w niektórych stanach chorobowych, przebiegających z uporczywym bólem głowy, znajdują się w stanie skurczu.

Ponieważ środki przeciwgorączkowe mają obecnie tak szerokie zastosowanie w lecznictwie, spotykamy się w ostatnich czasach z coraz nowymi przetworami, zachwalanymi jako nieszkodliwe i skutecznie działające. Wszystkie te środki z małymi wyjątkami są to związki pochodne, należące do grupy antypiryny lub kwasu salicylowego i działają podobnie, jak antypiryna i salicyl.

Zanim przystąpię do omówienia tych nowszych środków przeciwgorączkowych, wspomnę pokrótce, w jaki sposób działają na ustrój trzy główne, oddawna w lecznictwie wprowadzone środki przeciwgorączkowe, a mianowicie: antypiryna, salicyl i chinina.

Antypiryna, wytworzona przez Knorra w roku 1883, a do lecznictwa wprowadzona przez Filehnego, w ten sposób (zarówno jak środki od niej pochodne) wywołuje obniżenie ciepłoty, że rozszerza naczycia skórne i wprost działa na zwiększone wydalanie ciepła, czyli obniża ciepłotę ciała głównie z powodu przyspieszenia wydalania ciepła z ustroju. Geigel udowodnił to na drodze termoelektrycznej, a Maragliano zapomocą pletysmografu. Doświadczalnie przekonano się, że antypiryna nie działa rozszerzająco na inne naczynia i nie ma wpływu na napięcie większych naczyń w ustroju i że zachodzi pewien antagonizm między naczyniami skórnemi, a naczyniami innych narządów. Z tego powodu pod wpływem antypiryny ogólne ciśnienie w ustroju nie zmienia się lub też nieco tylko się zwiększa i większa ilość krwi przechodzi przez rozszerzone naczynia skórne, przyczem wydziela się większa ilość ciepła na zewnątrz. Należy jednak i na to zwrócić uwagę, że zwiększone wydzielanie ciepła z ustroju po antypirynie nie jest właściwym powodem jej działania przeciwgorączkowego; działa ona również uspokajająco na ośrodki regulujące ciepło i to jest główną przyczyną jej działania przeciwgorączkowego.

Chinina, zawarta w korze chinowej, od najdawniejszych czasów zajmowała w medycynie ludowej pierwszorzędne stanowisko, a z końcem XVII wieku wprowadzona została do lecznictwa jako środek przeciwgorączkowy. Chinina jest środkiem przeciwgorączkowym, który obniża gorączkę w niektórych chorobach zakaźnych z powodu swoistego działania na przemianę materyi. Prócz tego, że chinina działa objawowo, działa ona w zimnicy wprost na przyczynę wywołującą podniesienie ciepłoty i niszczy w dawkach, dla ustroju ludzkiego nieszkodliwych, plasmodya zimnicze. Działanie chininy na przemianę materyi nie daje nam jeszcze całkowitego wytłómaczenia jej działania przeciwgorączkowego.

Spadek ciepłoty po chininie poza zimnicą, w której chinina działa wprost na przyczynę wywołującą podniesienie ciepłoty, ma jeszcze inną przyczynę. Działanie chininy na gorączkę w tych chorobach jest analogiczne z działaniem antypiryny, t. j. działa ona również uspokajająco na ośrodki regulujące ciepło, jednakowoż działanie chininy na te ośrodki jest o wiele słabsze, niż działanie antypiryny (Gottlieb, Archiv. f. exp. Path. u. Pharmak. 1890 T. 26) Spadek ciepłoty po chininie następuje z powodu zwiększonego wydalania i zmniejszonego wytwarzania ciepła w ustroju, a przedewszystkiem nie wpływa chinina na zwiększony rozpad istot białkowatych, co jest bardzo ważnym czynnikiem w chorobach, przebiegających z długotrwałą gorączką, gdyż ustrój oszczędza na istotach białkowatych. Niezawsze jednak działa chinina w chorobach zakaźnych tak skutecznie, jak w zimnicy; i tak w niektórych chorobach zakaźnych, n. p. w gruźlicy, nawet dość znaczne dawki nie wywołują znacznego obniżenia ciepłoty. W durze obniża chinina czasem przy miernych dawkach ciepłotę przez cały czas choroby. Być może, że i tu działa ona na samą przyczynę chorobową, podobnie jak w zimnicy.

Doświadczenia nad wessalnością chininy wykazały, że wchłania się ona bardzo powoli i część jej krąży niezmieniona we krwi i po 24 godzinach wydziela się $^1/_3$ lub $^1/_4$ zażytej chininy niezmieniona z moczem, reszta zostaje zniszczona podczas przemiany materyi w ustroju.

Przetwory salicylowe zajmują w lecznictwie niejako pośrednie stanowisko między antypiryną a chininą. Z chininą mają przetwory salicylowe to wspólne, że w niektórych chorobach działają prawdopodobnie, podobnie jak chinina, na samą przyczynę chorobową (n. p. w ostrym gośćcu stawowym). Salicyl, podobnie jak chinina, działa słabiej na ośrodki regulujące ciepło, jednakowoż przez swoje działanie przeciwgorączkowe tam, gdzie nie działa na samą przyczynę chorobową, zbliża się działaniem do antypiryny. Po przetworach salicylowych, podobnie jak po antypirynie, przemiana istot białkowatych znacznie się wzmaga (Kumagawa i inni). Spadek ciepłoty po salicylu następuje również z powodu zwiększonego wydalania ciepła z ustroju. Działanie salicylu w ostrym gośćcu stawowym jest według wszelkiego prawdopodobieństwa etyotropowe, t. j. salicyl działa na przyczynę wywołującą chorobę, na pewno jednak nie można tego twierdzić mimo badań Meurera i Mayera

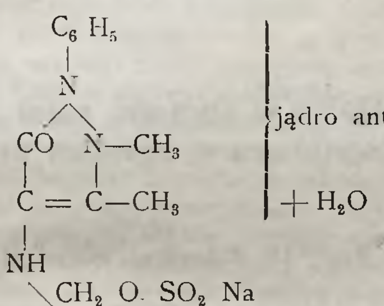
następnie Binza, Jacobyego i Bondiego, którzy w swoich pracach wywodzili, że salicyl działa na przyczynę chorobową.

Wolny kwas salicylowy działa podobnie na bakterye, jak kwas karbolowy, i jest silną trucizną tkankową, natomiast salicylan sodowy działa o wiele mniej trująco, jakoteż i odkażająco. Doświadczalnie również stwierdzono, że salicyl, krążący we krwi, nie działa trująco na ustrój, ani nie zabija drobnoustrojów, ale przy wyższem napięciu CO_2 zostaje z salicylanu sodowego uwolniony kwas salicylowy i ten działa zabójczo na bakterye. Napięcie CO_2 prawidłowych tkanek jest dość małe (około 6%), a napięcie CO_2 tkanek dotkniętych zapaleniem rośnie i dochodzi do 17·5%. Przekonano się dalej, że we krwi przy uduszeniu napięcie CO_2 jest znacznie większe, niż w tkankach prawidłowych, bo dochodzi do 12% i w tych przypadkach również działa wolny kwas salicylowy, podobnie jak w stanach zapalnych. W ten sposób można sobie wytłómaczyć działanie miejscowe odkażające przetworów salicylowych w stawach dotkniętych zapaleniem, przyczem nie występuje szkodliwy wpływ na tkanki, ani na układ nerwowy.

Po tych ogólnych uwagach o środkach przeciwgorącz kowych przystępuję do przedstawienia wyników leczniczych kilku nowszych środków przeciwgorączkowych, które w ostatnim roku szkolnym stosowano w krakowskiej klinice medycznej.

1. Melubryna.

Jestto siarkan sodowy fenylodwumetylo-pyrazolon-amidometanu o wzorze chemicznym:



Melubryna składa się więc z jądra antypirynowego z dodatkiem siarkanu sodowego amidometanu. Przetwór ten wyrabia fabryka chemiczna w Höchst nad Menem.

Jestto proszek biały krystaliczny, bez smaku, w wodzie łatwo (1:1), w wyskoku trudno rozpuszczalny; wodny jego rozczyn oddziaływa obojętnie, jednakowoż szybko się psuje, dlatego praktyczniej używać tego leku w tabletkach lub w proszku, który można każdej chwili przed podaniem rozpuścić w wodzie. Doświadczenia nad działaniem przeciwgorączkowem melubryny, wykonane w uniwersyteckich zakładach we Fryburgu i we Wrocławiu, miały wykazać, że melubryna działa tak, jak antypiryna, względnie nawet lepiej. Zwierzęta znosiły bardzo duże dawki bez żadnych objawów zatrucia.

Melubrynę stosowali Schrenk i Loening jako środek przeciwgorączkowy; w ostrym gośćcu stawowym stosowano melubrynę bardzo często z podobnym wynikiem leczniczym, jak salicyl.

W klinice krakowskiej stosowano melubrynę w roku 1912 i 1913 w przeszło 100 przypadkach, i to we wszystkich tych stanach chorobowych, w których się zwykle podawało salicyl lub aspirynę: w ostrym i przewlekłym gośćcu stawowym, w zapaleniu stawów na tle wiewióra, w rwie kulszowej i wszystkich innych nerwobólach, dalej w chorobach gorączkowych celem obniżenia ciepłoty, a więc w durze, w wysiękach opłucnych, w zapaleniu płuc krupowem i w gruźlicy płuc, wreszcie w kilku przypadkach wiądowych przełomów żołądkowych.

W ostrym gośćcu stawowym można było zauważyć w przeważnej liczbie przypadków, że melubryna działa podobnie, jak salicyl i od niego pochodne przetwory, t. j. po podaniu 5—8 gramów melubryny ciepłota ciała znacznie się obniżała, bóle były mniejsze. Również i obrzęki zapalne zajętych stawów ustępowały po kilku dniach po podaniu melubryny z równoczesnem stosowaniem miejscowem 10% maści ichtyolowej.

Według Saara miała melubryna w przypadkach ostrego gośćca stawowego działać na zmiany w sercu, jakie się zwykle spotyka już z początkiem choroby; szmery w sercu miały w niektórych przypadkach znikać po zażyciu kilku gramów melubryny. W klinice krakowskiej nie mogliśmy zauważyć, by melubryna wywierała jakikolwiek korzystny wpływ na zmiany w sercu, jakie się zwykle spotyka w toku gośćca stawowego ostrego, a w jednym nawet przypadku ostrego gośćca stawowego z następowemi zmianami zapalnemi na wsierdziu i w mięśniu sercowym, melubryna nie działała zupełnie na sprawę zapalną w stawach; nie zauważono też żadnego korzystnego działania melubryny w tym przypadku na serce. Z tego powodu usunięto w tym przypadku po pięciu dniach melubrynę i podano aspirynę (sześć gramów dziennie). Po dwóch dniach podawania aspiryny bóle w stawach ustały, obrzęki znacznie się zmniejszyły. Był to jedyny przypadek, w którym melubryna zawiodła.

W jednym przypadku rwy kulszowej podawano przez 5 dni melubrynę (8 gramów dziennie) z równoczesnem codziennem ogrzewaniem suchem powietrznem schorzałej kończyny. Po pięciu dniach bóle zupełnie ustąpiły i chora czuła się tak dobrze, że nie chciała dłużej pozostać w klinice. Nie wiadomo, czy w tym przypadku należy ten skutek przypisać melubrynie, czy też skombinowanemu działaniu melubryny i nagrzewania suchem powietrzem.

W jednym przypadku zapalenia stawu nadgarstkowego lewego na tle wiewióra melubryna zupełnie nie działała, tak że po 4 dniach musiano ją odstawić.

Podawano też melubrynę w wysiękach opłucnych na tle gruźliczem, jakoteż i w nielicznych przypadkach na tle gośćcowem. We wszystkich tych przypadkach melubryna obniżała ciepłotę ciała o jeden stopień, czasem i o więcej stopni, ale na same wysięki nie miała żadnego dodatniego wpływu; w gruźlicy płuc również obniżała melubryna nieznacznie ciepłotę, ale nie zawsze; czasami mimo znacznych dawek melubryny nie można było obniżyć ciepłoty i musiano się uciekać do innych środków przeciwgorączkowych.

W nerwobólach działała melubryna podobnie, jak aspiryna lub piramidon.

Stosowaliśmy też melubrynę w bólach żołądkowych (crises gastricae), towarzyszących wiądowi rdzenia, bez najmniejszego jednak skutku, jakkolwiek niektórzy opisują dodatnie działanie melubryny w takich przypadkach.

We wszystkich tych przypadkach, w których podawano melubrynę, nie zauważaliśmy żadnych szkodliwych

ubocznych objawów, nawet po wielkich dawkach. Chorzy po melubrynie nie skarżyli się na dolegliwości żołądkowe, jakie często się spotyka po salicylu lub aspirynie, a nawet chorzy, którzy nie znosili aspiryny, zażywali melubrynę bez żadnych objawów ze strony żołądka. Po znacznych dawkach melubryny można było czasem zauważyć przyspieszenie czynności serca, które po odstawieniu środka, lub też zmniejszeniu dawki natychmiast ustępowało. Nie można też było zauważyć żadnego szkodliwego działania na nerki; podawana w przypadkach białkomoczu melubryna nie wywoływała zupełnie zwiększenia się ilości białka w moczu. Niektórzy autorowie podają, że po kilkodniowem podawaniu melubryny u osób z białkomoczem, znikało białko z moczu. W naszej klinice jednak nie widzieliśmy ani razu, by wskutek stosowania melubryny ilość białka zmniejszała się, a jeżeli czasem się zdarzyło, że rzeczywiście u chorego z białkomoczem w okresie podawania melubryny ilość białka się zmniejszała lub białko znikało z moczu, to zależało to od tego, że chory leżał spokojnie w łóżku na odpowiedniej dyecie; skoro tylko chory taki na kilka godzin wstał z łóżka, natychmiast można było wykazać znów białko w moczu.

Melubrynę można było zawsze po 24—30 godzinach wykryć w moczu (po dodaniu sześciochlorku żelaza występuje zabarwienie brunatno-czerwone, które po ogrzaniu nie ustępuje). Należy również pamiętać o tem, że po melubrynie podobnie, jak po antypirynie, może być odczyn Nylandra dodatni z powodu istot redukujących, znajdujących się w moczu i dających podobny odczyn, jak cukier. W tych przypadkach dodatniego odczynu Nylandra wykryto w moczu kwas glykorunowy (Saar).

Melubrynę można na zasadzie naszych doświadczeń polecić jako środek przeciwgorączkowy, jakoteż jako środek uśmierzający bóle nerwowe i postawić ją na równi z salicylem i antypiryną. Nad aspiryną, która działa podobnie jak salicyl i nie wywołuje dolegliwości żołądkowych (ponieważ rozpuszcza się dopiero w jelitach) — ma melubryna wyższość ze względów praktycznych. Mianowicie lekarz często jest skrępowany w zapisywaniu aspiryny, gdyż aspirynę uważa publiczność za lek powszechny na wszystkie choroby i każdy chory już przed przybyciem lekarza ordynuje sobie sam lub za radą rodziny aspirynę; skoro wezwany lekarz poleci aspirynę, można często spotkać się ze zdaniem »poco było posyłać po lekarza, skoro nic nie zapisał, tylko aspirynę« O melubrynie zaś, która podobnie działa jak aspiryna, szerszy ogół jeszcze nie wie i nie patrzy na nią z uprzedzeniem.

2. Elbon.

Przetwór ten, wyrabiany przez firmę »Ciba« (Chem Industrie Basel), jest związkiem mocznika z kwasem cynamonowym o wzorze chemicznym:

$$C_6H_5 - CH = CH - COO \langle \rangle NH - CO - NH_2.$$

Związek ten tworzy białe kryształy bez smaku i woni, o punkcie topliwości 204°, trudno rozpuszcza się w wodzie, nieco łatwiej w alkoholu i w acetonie oraz w tłuszczach, rozkłada się na mocznik i kwas cynamonowy, ciała o znanych własnościach przeciwgorączkowych. Kwas cynamonowy działa jako taki lub utlenia się na kwas będźwinowy, wreszcie w związku z glykokolem wydziela się jako kwas hipurowy. Że tak się istotnie dzieje, świadczy o tem to, iż w moczu osób zażywających elbon pojawiają się wielkie ilości kwasu będźwinowego czystego oraz kwasu hipurowego.

Od dawna znane są połączenia kwasu będźwinowego jako środki przeciwgorączkowe. Przed 30 laty uważano je nawet za środki lecznicze przeciwgruźlicze, tembardziej, że odznaczają się własnością wydzielania się w drogach oddechowych. Te też własności były powodem, że elbon wprowadzono do lecznictwa, i to do leczenia przeciwgruźliczego, przypisując mu wpływ znaczny i korzystny na obniżanie względnie usuwanie gorączki gruźliczej. (Minnich. Beitr. zur Klinik d. Tuberculose Bd. XX Heft. 2). Czy tak jest istotnie? Nasze doświadczenie pod tym względem jest skąpe. W klinice naszej podawano elbon u czterech chorych na gruźlicę w drugim i trzecim okresie; wpływ elbonu na obniżanie ciepłoty stwierdzono niewielki. Po podaniu elbonu pojawiał się spadek ciepłoty zaledwie o 0·5° i nie trwał długo, tak że o trwałem obniżaniu ciepłoty wskutek stałego a powolnego wytwarzania się kwasu będźwinowego, w ustroju nie może być mowy. W jednym przypadku gruźlicy, przebiegającej w postaci septycznej (z dreszczami, gorączką i silnymi napadami kaszlu) zauważono wpływ korzystny o tyle, iż napady dreszczów i gorączki bardzo powoli zmniejszały się i na pewien czas ustawały; również i ilość plwociny zmniejszyła się. Tyle możemy na razie powiedzieć o działaniu elbonu.

Jeszcze słowo w sprawie plam barwikowych w spojówce u chorych na jaglicę

napisał

Prof. Dr Bolesław Wicherkiewicz.

Okoliczności zrządziły, że po oddaniu ten temat omawiającego rękopisu do druku dla »Przeglądu lekarskiego« miałem sposobność badać przypadek, będący poniekąd poparciem mego zdania, wypowiedzianego w poprzednim artykule co do pochodzenia plam barwikowych.

D. 29. XII. 1913 zjawiła się w klinice mojej Regina B, 22 l. żydówka, by dowiedzieć się, czyby mogła bez obawy przymusowego powrotu pospieszyć za mężem do Ameryki. Brunetka bardzo ciemna, o śniadej cerze. Nigdy rzekomo na oczy nie chorowała, tylko czasami miewa w prawem oku kłucie. Badanie wykazuje: Na spojówce powiek prawego oka, miernie przekrwionej, blizny powierzchowne, gładkie; ciało brodawkowe lekko przerosłe, gdzieniegdzie, zwłaszcza na dolnym załamku, kilka granulacyi. Tylko na spojówce górnej powieki blizna może większa, lekko wciągnięta, a na zewnątrz i nieco poniżej niej widać plamę barwikową, ciemną, wielkości większego ziarna prosa. W górnej mniejszej jej części wydaje się powierzchowną, gdy większa dolna część głębiej ułożona i mniej zbita.

Lewe oko: Spojówka blada, a na załamkach znamienne powierzchowne blizny jaglicze.

Dla zbadania wyciąłem spojówkę i tarczkę w miejscu barwikowem prawego oka, a badanie, przeprowadzone przez Dra Rosenhaucha, asystenta kliniki, dało wynik zupełnie podobny do opisanych w pierwszym moim artykule.

Szukając plam barwikowych na twarzy i ramionach nigdzie ich nie znalazłem; atoli chora sama zwraca uwagę na to, iż na górnej wardze, bliżej lewego kącika, ma plamkę, którą spostrzegła przed kilku miesiącami. Plama ta, wielkości łebka szpilki, leży dość powierzchownie, jak się zdaje, ale na czerwonem tle wargi mało podpada.

Ta koincydencya przemawiałaby zatem, że podobne do tego znamienia barwikowego powstało inne znamię na spojówce powiek, a dopiero wskutek zanikowej sprawy spojówki więcej się uwydatniło, a może i rozplenieniu uległo.

Żałuję, że w poprzednich przypadkach nie zaznaczono barwy owłosienia chorych. W tym przypadku zaś była barwa ciemno-hebanowa tak wybitną, że ją zapisać poleciłem, sądząc, że u ciemnych brunetów łatwiej pojawiają się znamiona barwikowe na różnych częściach ciała. Tak, jak ono pojawiło się na wardze, tak samo mogło znaleść się i na spojówce, bez wpływu zatem jaglicy.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

H a b s. **Chirurgia trzustki.** (Med. Klinik, 1913, Nr 32). Dla pewnego rozpoznania schorzeń trzustki właściwie nie mamy typowych objawów klinicznych. Dość cechujące są jednak zwykle bóle napadowe koło pępka, dalej przy objawach brzusznych brak napięcia powłok, a wreszcie objawy zmiany czynności trzustki (brak trypsyny, steapsyny, cukromocz i t. p.). Czasem występuje charakterystyczne bronzowe zabarwienie skóry, a nieraz żółtaczka. Odczyn Cammidgea nie jest pewny. Löwis podał odczyn adrenalinowy: przy nieczynności trzustki wkroplenie adrenaliny do spojówki wywoływać ma rozszerzenie źrenicy. Operujemy obecnie na trzustce z powodu urazów, ostrego zapalenia (t. zw. udaru względnie zgorzeli trzustki), dalej z powodu ropnego zapalenia, zapalenia przewlekłego, torbieli i nowotworów. Operacya ma za cel dokładne oglądnięcie trzustki, nacięcie torebki lub gruczołu i dokładne otoczenie trzustki tamponami celem odprowadzania wydzieliny na zewnątrz. Pamiętać należy o tem, że przewlekłe zwłaszcza zmiany trzustki mają często za tło schorzenie dróg żółciowych. W razie wytworzenia się przetoki stosujemy zaraz t. zw. dyetę Wohlgemutha (białka i tłuszcze). Przewlekłe sprawy z początku można leczyć wewnętrznie (odżywianie węglowodanami, pankreon, kalomel, jodek potasu). Do operacyi przystępujemy w razie silnych przypadłości lub podupadania stanu ogólnego. W przypadkach nowotworów próbują też obecnie wycinania nawet i całej trzustki. K.

M i y a k e. **Statystyczne, kliniczne i chemiczne studya nad etyologią kamieni żółciowych, ze szczególnem uwzględnieniem stosunków japońskich i niemieckich.** (Arch. f. klin. Chir. 101, I). W Japonii kamica żółciowa występuje u kobiet znacznie rzadziej, niż w Niemczech, co autor odnosi do tego, że Japonki nigdy nie noszą gorsetów. Głównie występują w Japonii kamienie barwikowe, w Niemczech zaś cholestearynowe. W 17·9% przyczyną kamieni są pasorzyty (ascaris i distomum spatulatum). Żółć zwykle przy kamicy jest zakażona prątkiem okrężnicowym. Przy długotrwałej chorobie i zamknięciu przewodu pęcherzykowego występuje z czasem brak kwasu solnego w żołądku. Żółć Japończyka nie wiele różni się od żółci Europejczyka, zawiera tylko mniej cholestearyny, lecytyny i soli żółciowych. K.

T s c h e r n i a c h o w s k i. **W sprawie stosowania szwu naczyń krwionośnych do leczenia tętniaków.** (Deut. Zeitsch. f. Chir. 123, I—II). Wobec postępów szwu naczyń krwionośnych powinny dawne sposoby leczenia tętniaków, zwłaszcza zaś podwiązywanie (z wyjątkiem tętniaków mniejszych naczyń krwionośnych) ustąpić miejsca doszczętnemu leczeniu zapomocą szwu okrężnego ewent. bocznego. Doświadczenia na zwierzętach przekonały T., że w 72% przypadków następuje po szwie idealne zgojenie przy zupełnie zachowanej drożności światła. Przy tętniakach tętniczożylnych ze wspólnym szczelinowatym otworem zastosować można doskonale szew boczny ścienny, przy tętniakach worczastych sposób Matasa (zwężenie worka do rozmiarów prawidłowego kalibru), w innych wycięcie worka i szew okrężny kikutów pozostałych. K.

G o e t j e s. **O uszkodzeniach więzadeł krzyżowych stawu kolanowego.** (Deut. Zft. f. Chir. 123, III—IV). Uszkodzenia więzadeł krzyżowych stawu kolanowego bez innych większych zranień są rzadkie i trudno je rozpoznać, zwłaszcza że z początku zwykle spotykamy tylko objawy zwykłego wykręcenia stawu, a właściwe objawy zjawiają się dopiero późno. Najczęściej ulega uszkodzeniu wewnętrzny pęczek więzadła przedniego, potem tegoż pęczek zewnętrzny. Często odrywa się przytem częśc kości, co wykazać można promieniami Röntgena, ew. z czasem tworzy się z tego myszka stawowa. Wysięku z początku nieraz nie ma, zjawia się on dopiero przy próbach chodzenia i wtedy też zjawiać się mogą objawy uwięźnięcia, niezupełnego zwichnięcia, osłabienie kolana i t. p. Zwykle też dopiero wtedy rozpoznaje się właściwe tło cierpienia. Leczenie z początku zachowawcze, a gdy to nie pomaga - operacya (przyszycie więzadła, usunięcie oderwanych kostek i t p.). K.

B e c k e r i P a p e n d i e c k. **Nowoczesne leczenie gruźlicy stawów, zwłaszcza stawu biodrowego i emancypacya jego od szpitala i łóżka.** (Med. Klin. 1913, Nr 33—34). Bardzo często postępujemy źle przy cierpieniach stawów z tego powodu, że rozpoznajemy szablonowo gruźlicę tam, gdzie jej nie ma, lub. co gorzej, nie rozpoznajemy jej na czas tam, gdzie ona właśnie jest. Sprawa ta zwłaszcza dla lekarza-praktyka ma pierwszorzędną wagę. Nietrudno rozpoznać gruźlicę, gdy są już ropnie, przykurczenia lub przetoki, lecz sztuką jest rozpoznać ją wczas. Co do leczenia, to obecnie hołdujemy postępowaniu zachowawczemu, bo przekonaliśmy się, że wczesna operacya rzadko leczy doszczętnie, a z drugiej strony przez leczenie zachowawcze osiąga się zwykle bardzo dobre wyniki. Chodzi przy tem leczeniu przedewszystkiem o ustalenie stawu i, co główna, o usunięcie jego obciążenia, a temu nie może zadosyć uczynić leczenie w łóżku, lecz jedynie odpowiedni aparat czy opatrunek gipsowy z szynami, usuwającemi obciążenie (w stawie biodrowym). Nie należy też zbyt wcześnie cieszyć się poprawą stanu i ustaniem bolesności, bo przypady przy zawczesnem obciążeniu stawu nieraz powracają, lub zwolna zjawia się przykurczenie. Dawniej głównem dążeniem było uzyskanie przez wyleczenie ruchomego stawu. Obecnie w ciężkich przypadkach rezygnujemy z tego, a dążymy do osiągnięcia ścisłego zesztywnienia w korzystnem ustawieniu. Jeżeli sprawa wygoi się przy częściowo ruchomym stawie, wtedy dopiero ostrożnie możemy próbować rozruszać staw dalej. Z tych też powodów za najodpowiedniejszy sposób leczenia uważają autorzy opatrunek gipsowy, a potem dobrze leżący aparat, nie nadaje się zaś do leczenia wyciąg, ten bowiem zatrzymuje chorego w łóżku i utrudnia zesztywnienie stawu tam, gdzieby ono było pożądane. Pamiętać należy, że gruźlica dużego stawu trwa kilka lat, nie należy też zbyt wcześnie uważać chorego za wyleczonego i pozwalać mu obciążać kończynę. Również z wyżej podanych powodów gruźlica stawów u osób młodych nie powinna być leczona w szpitalach, lecz ambulatoryjnie. Rokowanie u dzieci jest zwykle dobre, należy jednak dbać bardzo o wzmocnienie całego ustroju. Zły wynik przy gruźlicy stawu ma często

za przyczynę złe początkowe leczenie. Natomiast u starszych rokowanie jest poważniejsze i z tego powodu wspomniane wyżej zasady muszą tu ustąpić miejsca doszczętniejszym sposobom leczenia. K.

Welcker. **Zgorzel na tle cholery i duru. Symetryczna zgorzel na wojnie bałkańskiej z wyłączeniem odmrożenia.** (Zblt. f. Chir. 1913, Nr 42). Na ostatniej wojnie bałkańskiej spostrzegano liczne przypadki symetrycznej zgorzeli rąk i stóp u żołnierzy, której nie można było odnieść do żadnej z ogólnie znanych przyczyn, zwłaszcza odmrożenia. Zmiany zjawiały się głównie u chorych, usposobionych do tego przez przebycie cholery, duru, czerwonki, lub nieżytów przewodu pokarmowego. Czynnikami sprzyjającymi były także: nieodpowiednie obucie stopy, złe odżywianie się, zwłaszcza przeważnie roślinne, wilgoć i wysiłki fizyczne. Alkohol nie odgrywa tu roli, bo zgorzel występowała także u Turków, mimo, że Muzułmanie prawie trunków nie używają. K.

Schlagintweit. **Powstawanie, leczenie i zapobieganie kamicy pęcherzowej.** (IV. Zjazd niemieck. Tow. urolog. Berlin X 1913) Nie znamy jeszcze dokładnie przyczyny powstawania złogów w ogólności. Wobec tego nie postąpiliśmy też wiele naprzód w zapobiegawczem leczeniu kamieni. W krajach kulturalnych kamienie pęcherzowe występują obecnie rzadko, i to głównie u małych chłopców (złe odżywianie, prymitywne stosunki higieniczne), ew. na tle ciał obcych, schorzeń pęcherza lub dziedzicznie. Małe kamyki nie mogą często odejść same, bo przylegają ściśle do błony śluzowej, pęcherz źle się kurczy, lub istnieją zaułki, zwężenia, i t. p. S. spostrzegał 326 przypadków kamieni, z tego 256 moczanowych i fosforanowych; 216 dostało się do pęcherza z nerki. Obecnie kamienie rozpoznawać powinniśmy cystoskopem i promieniami Röntgena, a leczyć, o ile tylko się da, kruszeniem. Cięcie wysokie stosujemy u małych dzieci, z powodu niemożności wprowadzenia narzędzia kruszącego do cewki, dalej przy zwężeniach lub obecności guza pęcherza, a wreszcie gdy kamień leży nieruchomo w zaułku lub jest zbyt twardy, ewentualnie gdy utworzył się koło dużego lub ostrego ciała obcego. Po operacyi kontrolować trzeba wynik cystoskopem. K.

Położnictwo i ginekologia.

Hannes. **Wytwarzanie się kości w bliźnie polaparotomijnej.** (Gyn. Rundschau 1913 Nr 21). Ogłoszonych dotąd 15 przypadków powstawania tkanki kostnej w bliznach polaparotomijnych dotyczy wyłącznie mężczyzn; natomiast 2 przypadki, podane przez H., odnoszą się do kobiet. W pewnym przypadku znalazł on tkankę kostną, stanowiącą dolny brzeg wrót przepukliny, która powstała w bliźnie po sączkowaniu rany laparotomijnej. W przypadku drugim zropiałą torbiel jajnikową wszyto w ścianę brzuszną i rana również goiła się »per secundam«. W 22 lat później w bliźnie powstała ropiejąca przetoka, a dno przetoki stanowiła płytka kostna, wielkości dłoni. Gdy wszystkie inne przypadki histogenetycznie uważane są za skostnienie blizny lub powięzi, to swój drugi przypadek uważa autor za urazowe skostnienie mięśni (myositis ossificans traumatica). Na etyologię przypadków tych składają się »skaza kościotwórcza« (diathesis ossificans, Virchow Billroth) cięcie w linii środkowej (nasada 2 szerokich ścięgien) i ciężka praca (mężczyzn). Usadowienie tkanki kostnej wywykonywa się przy bezpośredniem wskazaniu.

A. Markowa.

Scherer. **Przyczynek do kazuistyki ciąży, powikłanej wadą serca.** (Gyn. Rundschau 1913 Nr 19). Na 17.261 porodów spostrzegał autor 51 przypadków niewyrównanej wady serca z sinicą i dusznością, białkomoczem, obrzękami i t. d. Przypadki te obejmowały 11 poronień, 9 porodów przedwczesnych, 29 porodów na czasie i 2 ciąże. W 11 przypadkach nastąpiło zejście śmiertelne, coby stanowiło 21·5%. Odsetek ten znacznie się zmniejszy, gdy się zważy, że w 5 przypadkach były ciężkie powikłania ze strony bądź płuc, bądź nerek. Śmierć nastąpiła: raz po samorodnem wydaleniu płodu, a przed urodzeniem łożyska, 2 razy w krótki czas po porodzie siłami natury, 2 razy po obrocie i wydobyciu płodu, raz w przebiegu poronienia w toku, raz przed rozwiązaniem w czasie porodu, raz po wydobyciu płodu zmacerowanego, raz w połogu. Dwa przypadki wyszły z ciążą utrzymaną, w pozostałych 38 poród przebiegał dobrze. A. Markowa.

Stephan. **Śmierć przy porodzie z powodu śródotrzewnego krwotoku z żylaka, usadowionego na brzegu macicy.** (Gyn. Rund. 1913 Nr 18) Opisując przypadek zejścia śmiertelnego, wywołanego pęknięciem żylaka na macicy i krwotokiem do jamy brzusznej, kładzie autor nacisk na doniosłość wczesnego rozpoznania, gdyż ono tylko może uratować matkę i dziecko. Główne objawy stanowią: ostra niedokrwistość, osłabienie lub zapad, nagły ból w brzuchu, wzdęcie i tkliwość na ucisk, stłumienie. Płód obumiera w miarę krwawienia. Nakłucie próbne może się przyczynić do rozpoznania. Jedyną metodę leczenia stanowi rychła laparotomia, którą poprzedzić powinno jaknajszybsze rozwiązanie rodzącej. A. Markowa.

Frankl. **O czynności jajników w przebiegu choroby Basedowa.** (Gyn. Rundschau 1913 Nr 17). Choroba Basedowa, występująca pięć razy częściej u kobiet, niż u mężczyzn, przypada na okres zmian fizyologicznych w czynności jajnika: pokwitanie, ciąża karmienie, przekwitanie. Na zasadzie badań licznych autorów sądzi Fr., że jedynie zmniejszoną czynność jajników można tu uważać za czynnik usposabiający. W 23 przypadkach miał F. sam sposobność stwierdzić zależność między miesiączką (widomy znak czynności jajników), a chorobą Basedowa. W pięciu przypadkach w początku i pierwszych miesiącach choroby miesiączkowanie nie uległo zmianie, w 2 zaczęło się pojawiać 2 razy na miesiąc, w 6 wystąpiło osłabienie peryodu (były to przypadki o różnem nasileniu), a w 10 miesiączkowanie ustało (amenorrhoea). Z ostatnich dziesięciu te, w których się brak miesiączki stale utrzymywał, miały przebieg ciężki. Brak miesiączkowania zatem jest jedynie zbiorem objawów (syndrome) chorobowych, mogącym mieć znaczenie w rokowaniu. Leczenie choroby Basedowa zapomocą kołaczyków z jajowodów oddało autorowi duże usługi.

A. Markowa.

Salis. **Skuteczne leczenie nawrotu zmięknienia kości zapomocą adrenaliny.** (Münch. med. Woch. 1913 Nr 46). Autor opisuje ciężki przypadek zmięknienia kości, leczonego fosforem, solankami, wreszcie wytrzebieniem, gdzie pomimo to w 11 lat po wycięciu jajników wystąpił nawrót. Opierając się na teoryi Bossiego, który uważa zmięknienie kości za wyraz niesprawności nadnerczy, stosował autor serye wstrzykiwań adrenaliny 1‰ i po 2 seryach uzyskał wyleczenie. Sądzi on razem z Bossim i innymi autorami, że leczenie to powinno zawsze poprzedzać ewentualne wytrzebienie. A. Markowa.

Bumm i Voigts. **Przyczynek do techniki leczenia raka zapomocą naświetlania.** (Münch. med. Woch. 1913 Nr 31). Rak narządów rodnych niewieścich nader dobrze nadaje się dla badania działania promieni, gdyż z jednej strony wykazuje różnorodność postaci, a z drugiej jest łatwo dostępny zarówno dla leczenia, jak i dla kontroli. Udostępnienie pierwotnego guzka osiąga się zapomocą odpowiednich wzierników, cięć pomocniczych, rozszerzania szyjki i t. d. Środkami idealnymi również i ze względu na stronę techniczną są: rad i mesotor, lecz ich cena zmusza do wydatnego używania lampy Röntgena. Autorowie leczyli: 1) 2 przypadki raka cewki moczowej: 700 X i 806 X wywołały zupełny zanik tkanki rakowej; 2) przypadek raka części pochwowej: 1927 X, wyleczenie w 72 dniach; 3) nawrót po wyłuszczeniu zrakowaciałej macicy: 900 X spowodowały rozpad tkanki rakowej, mesothorium dokończyło wyleczenia; 4) przypadek raka części pochwowej: 664 X, wyleczenie w 25 dni. — Odczyn tkanek na promienie Röntgena,

jakkolwiek słabszy, jest identyczny z odczynem na rad i mesotor. Wogóle pochwa znosi promienie Röntgena w ilości większej i lepiej, niż skóra i inne błony śluzowe. Przyrządy Verfa umożliwiają naświetlanie 4 chorych naraz, 24—30 w ciągu dnia, licząc po godzinie na każdą Oczywiście ułożenie chorych musi być wygodne. Występujące pod wpływem leczenia zwężenie pochwy i strup usuwa się zapomocą tamponów i glinki lenicetowej (Lenicetbolus). Dawka radu i mesotoru wynosi średnio 150—300 mg na 10—12 godzin. Jedno leczenie wynosiło 15—20000 mg godzin. Promienie β wyłączają autorowie dopiero w miarę postępu w leczeniu. Często stosowali autorowie równocześnie tę średnią dawkę mesotoru i 30 - 50 X przez godzinę. Półroczna obserwacya stwierdza brak nawrotów i szybką poprawę stanu ogólnego. Co do działania promieni w głąb, t. j na przerzuty, to B. i V. rozporządzają dotąd 3 przypadkami, gdzie nietylko klinicznie stwierdzono brak nacieku, ale i mikroskop wykazał typowy rozpad ognisk.

A. Markowa.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie warszawskie

Posiedzenie d. 7 X. 1913.

A. Landau i A. Rząśnicki: **Studya nad sprawnością trzustki.** Omówiwszy we wstępie dotychczasowe metody badania wydzielania zewnętrznego trzustki. przechodzą autorzy do własnych badań, przeprowadzonych na przeszło 50 osobach. Autorowie zmierzali do rozstrzygnięcia pytania, czy zjawisko wracania się treści dwunastnicy do żołądka zachodzi wyłącznie po wprowadzeniu doń znaczniejszej ilości oliwy, czy też stale w warunkach prawidłowego trawienia. Autorzy w swych poszukiwaniach posługiwali się zwykłem śniadaniem próbnem i stwierdzili, iż w 55% badanych przypadków wykazać można w treści żołądkowej znaczniejsze ilości zaczynu tryptycznego, które z jednej strony dowodzą przedostawania się do żołądka treści dwunastnicy, z drugiej zaś sprawności wydzielania zewnętrznego trzustki. Zapomocą danych liczbowych bronią autorzy poglądu, iż zgłębnikowanie żołądka po zwykłem śniadaniu próbnem dostarczyć może nader cennych wskazówek klinicznych o stanie trzustki. W całym szeregu przypadków L. i R. zgłębnikowali dwunastnicę zapomocą zgłębnika Eichhorna; bezpośrednie zbadanie treści dwunastnicy pozwalało dokładniej ocenić czynność trzustki, oraz wykazać wartość metody poprzedniej. W końcu przytaczają autorzy przypadek upośledzonego wydzielania zewnętrznego trzustki, stwierdzonego przez zgłębnikowanie dwunastnicy i żołądka, ze sprawnem wydzielaniem zewnętrznem. L. i B. dochodzą do wniosku, iż w treści żołądkowej niepodobna odróżnić dyastazy śluzowej od trzustkowej, tak iż badanie co do zaczynu dyastatycznego nie oddaje tych usług klinicznych, jak trypsyna w soku żołądkowym.

Dyskusya. a) M. Rejchman twierdzi, że przechodzenie treści dwunastnicy do żołądka nie jest zjawiskiem fizyologicznem, lecz patologicznem, lub sztucznie wywołanem przez wysiłki wymiotne podczas zgłębnikowania. Gdyby treść dwunastnicy dostawała się do żołądka wcześniej, a nie w chwili zgłębnikowania, to niewątpliwie zaczyny trzustkowe uległyby strawieniu przez sok żołądkowy. Z drugiej strony w treści żołądka u chorych dotkniętych niedomogą wydzielniczą (achylia) nie bywa ani peptonu, ani albumoz, które niewątpliwie możnaby wykryć, gdyby sok trzustkowy dostawał się stale do żołądka. W każdym razie sposób otrzymywania soku trzustkowego do badań zapomocą zgłębnikowania żołądka uważa B. za jedną z najlepszych metod — b) Kryński zaznacza, że doświadczenie kliniczne przekonało, iż w przypadkach wrzodu okrągłego wyniki lecznicze po operacyi zespolenia żołądkowo-jelitowego bywają najlepsze wówczas, gdy oprócz dokładnego funkcyonowania nowoutworzonego połączenia z jelitem istnieje drożność odźwiernika. a więc możliwość przedostawania się żółci i soku trzustkowego z dwunastnicy do żołądka. Dziś wiemy, że obecność ich tam spełnia ważne zadanie lecznicze, zobojętniając nadmiernie kwaśną treść żołądkową. — c) Rzętkowski omawia szczegółowo sposób Bołdyrewa oznaczania sprawności wydzielniczej trzuski, który stawia wyżej nad oznaczanie zaczynu tryptycznego w kale. Zgłębnikowanie dwunastnicy uważa Rz za najpewniejszy i najczystszy sposób badania. Dalej omawia Rz. szczegółowo własności kału u chorych na trzustkę i rozpoznawcze znaczenie jego badania Cierpienia trzustki są zdaniem Rz. bardzo ostre, albo bardzo przewlekłe. W tych drugich prędzej, czy później lekarz może zdać sobie sprawę, o co chodzi, W bardzo ostrych zaś przypadkach sposoby badania trzustki dotychczas mają znaczenie podrzędne, trwają bowiem zbyt długo i nieraz zawodzą. Być może, że w tych przypadkach udałoby się skorzystać z metody Abderhaldena wykrywania we krwi swoistych zaczynów obronnych przeciwtrzustkowych. — d) Halpern zaznacza, że badania, o których mowa, może się przyczynią do rozstrzygnięcia, czy obok braku soku żołądkowego może być też i brak soku trzustkowego. Opierając się na własnej obserwacyi, sądzi H., że istnienie takich przypadków jest bardzo prawdopodobne. Co do techniki badań trypsyny, to metoda Grossa-Fulda przy małych ilościach zaczynu daje wyniki wątpliwe, gdyż sam płyn jest z natury rzeczy mętnawy; trudno jest zatem wyrobić sobie pojęcie o stopniu zmętnienia po dodaniu kwasu octowego. — e) Pawiński zaznacza, że wyniki, jakie prelegent otrzymał w swych doświadczeniach, mają znaczenie ogólniejsze. Wykazują one, w jak znacznym stopniu ustrój nasz rozporządza samopomocą, jak brak dostatecznej czynności jednego narządu zastępuje zwiększona czynność innego. — f) Landau w odpowiedzi utrzymuje, że wracanie się zawartości dwunastnicy do żołądka jest raczej zjawiskiem naturalnem i że w każdym razie wyzyskanie tego zjawiska oddać może nieocenione usługi rozpoznawcze. Zmniejszenie się kwaśności żołądkowej po zespoleniu żołądkowo jelitowem występować może bez wracania się treści jelit do żołądka, wskutek zmian wydzielniczych w jego błonie śluzowej. Metoda Bołdyrewa w połowie zbadanych przypadków jest zbyteczna. Metoda Fuld-Grossa jest czuła i dokładna. Wyrównawcza czynność trzustki przy braku kwasu solnego w żołądku nieraz zawodzi.

T. Borzęcki.

Posiedzenie kliniczne d. 21. X. 1913.

1) Wiśniewski przedstawił chorą, u której przed 3 laty dwa razy naświetlił **promieniami Roentgena naczyniaka jamistego** fałdu nosowo-wargowego; obecnie niema prawie żadnego śladu na miejscu guza.

2) Erbrich F. **O stosunku przewlekłych zwykłych i ropnych zapaleń migdałów podniebiennych do niektórych cierpień narządów wewnętrznych, jakoteż do miejscowych cierpień gardła i samych migdałów.** Zależność niektórych cierpień bądź pojedynczych narządów, bądź też ogólnych, od przewlekłego zapalenia migdałów, można stwierdzić w odpowiednich przypadkach. Za niezbity dowód takiej zależności uważa E. te przypadki, w których po wyłuszczeniu migdałów odpowiednie cierpienia ustąpiły w zupełności. Na podstawie 40 przypadków dochodzi E. do wniosków następujących: 1) Badanie gardła, szczególnie migdałów, powinno być dokonywane dokładnie w każdym przypadku przewlekłego gośćca, wady serca, t. zw. długotrwałych stanów gorączkowych niejasnego pochodzenia. 2) T. zw przewlekły gościec stawowy, obostrzający się, zależy od przewlekłych ropnych cierpień migdałów. 3 T zw. przewlekłe wady serca, uznawane dotychczas za sprawy pochodzenia gośćcowego, mają nieraz swe źródło w przewlekłem ropnem zapaleniu migdałów. 4) Przewlekłe długotrwałe gorączki, jakoteż związana z niemi często niedokrwistość, w braku zmian w innych narządach, zależą bardzo często

od przewlekłego ropnego zapalenia migdałów. 5) Co się tyczy zależności zapaleń wyrostka robaczkowego od cierpień migdałów, to nie jest ona dowiedziona, choć zdaje się bardzo prawdopodobną. 6) Często powtarzające się zapalenia gardła, t. zw. anginy, szczególniej u dzieci, są to jedynie obostrzenia, raczej wybuchy stale istniejącego ropnego zapalenia migdałów. W każdym przypadku istniejącego przewlekłego ropnego zapalenia migdałów (tonsillitis chronica purulenta) radzi E. doszczętnie usuwać migdały. W przypadku zaś nieropnego zapalenia wystarcza nieraz metodyczne oczyszczanie migdałów, a tylko w wyjątkowych razach (n. p. śpiewacy) konieczne bywa wyłuszczenie migdałów. E. radzi również usuwać doszczętnie migdały w razie obecności powiększonych gruczołów szyjnych, wychodząc z tej zasady, że migdały stanowią wrota dla rozmaitych zakażeń, również i dla gruźlicy; t. zw. gruczoły zołzowe szyjne powstają drogą zakażenia przez migdały. Wreszcie na zasadzie własnych spostrzeżeń dochodzi E. do wniosku, że t. zw. przewlekłe zapalenie migdałów bywa zwykłe i ropne, i to zapalenie ropne, które E. nazywa »tonsillitis chronica purulenta«, wywołuje owe często spostrzegane długotrwałe gorączki bez jasno określonego pochodzenia, sprowadza obostrzenia gośćcowe, podtrzymuje i pogarsza istniejące zmiany przy wadach serca i wreszcie stanowi przyczynę często przytrafiających się wybuchów t. zw. angin, lub ostrych ropni okołomigdałkowych. T. Borzęcki.

Organizacya pracy lekarskiej w szpitalu im. Karola i Maryi dla dzieci w Warszawie

skreślił

Dr J. Brudziński

lekarz naczelny szpitala.

W każdym szpitalu od dobrej organizacyi pracy lekarskiej zależy działalność racyonalna i przyszłość instytucyi; w nierównie większej mierze stosuje się to do szpitala dziecięcego ze względu na czynnik nader ważny, dominujący nad życiem szpitala dziecięcego, ciągłą groźbę zawleczenia zakażeń z zewnątrz lub przeniesienia ich wewnątrz z oddziału na oddział, z sali na salę. Dlatego też szpital dla dzieci wymaga jednolitego kierownictwa, zmierzającego do ogólnych celów lecznictwa szpitalnego. ale przedewszystkiem do nieobrażania zasady »primum non nocere«, co właśnie w wysokim stopniu czynią zakażenia szpitalne, tak że dziecko lepsze warunki pielęgnowania i leczenia opłaca niebezpieczeństwem zakażenia dodatkowego, mieszanego, o ile leczy się na oddziale zakaźnym lub zakażenia nowego, o ile się leczy na oddziale niezakaźnym. Przy budowie nowego szpitala dziecięcego najtrudniejszem do rozwiązania zadaniem jest właśnie takie rozmieszczenie pawilonów i sal szpitalnych, aby uniemożliwić, a przynajmniej do minimum sprowadzić zakażenia szpitalne. Wobec nieustalonych i niejednolitych poglądów w nauce na szerzenie się chorób zakaźnych, zwłaszcza tych, których zarazków dotąd nie znamy, a więc większości ostrych chorób wysypkowych u dzieci, różne systemy bywają stosowane w budownictwie szpitali dziecięcych: wspólne pawilony i sale dla wszelkich chorób zakaźnych, ale za to odosobnienie każdego chorego w celce (boksie), oddzielne pawilony dla każdej kategoryi chorób zakaźnych i wszelkich kombinacyi chorób zakaźnych.

Jedna zasada zdobyła sobie jednak ogólne uznanie, to zasada t. zw. stacyi obserwacyjnej, jako niezbędnej części składowej każdego szpitala dziecięcego. Oddział taki, przeznaczony dla spraw zakaźnych jeszcze nie wyjaśnionych, zabezpiecza od zawlekania przypadków zakaźnych na oddziały niezakaźne w stopniu dość znacznym i bez takiego oddziału już dziś nie można wyobrazić sobie szpitala dziecięcego, chyba, że szpital byłby urządzony systemem izolacyi osobniczej na sposób francuski, to znaczy, że byłby jedną wielką stacyą obserwacyjną.

Przy projektowaniu szpitala im. Karola i Maryi uznaliśmy za stosowne nie poddawać się krańcowym prądom, woleliśmy zatrzymać z systemu dotychczasowej izolacyi pawilonowej to, co w nim było dobrego, uzupełnić go tem, co za dobre w systemie izolacyi osobniczej uważaliśmy i tym sposobem stworzyć szpital, zbudowany podług jednolitej idei przewodniej co do unikania zakażenia, ale z uwzględnieniem nie jednej tylko metody walki z zakażeniem. Gdybyśmy przypuścić mogli, że szpital nasz wkrótce nie będzie jedynym nowocześnie urządzonym szpitalem dziecięcym w Warszawie, gdyby materyał nasz na dozorczynie stał już w chwili obecnej na wysokim poziomie, być może wartoby było śmiałym rzutem przenieść wzory paryskie na nasz grunt nawet w przewidywaniu, że się okażą wkrótce niezupełnie odpowiednimi na nasze warunki. Ponieważ jednak czterdzieści lat oddziela założenie ostatniego szpitala dziecięcego w Warszawie od zakładanego obecnie, przezorniej jest wybrać system pośredni, który zarówno ciało pielęgniarskie, jak lekarskie, łatwiej zrozumie i sobie przyswoi. Bo trzeba to sobie szczerze powiedzieć, że najnowsze zdobycze w dziedzinie walki z chorobami zakaźnemi w szpitalach nie są jeszcze ogólnem dobrem nawet naszego świata lekarskiego, wiadomości teoretyczne, reminiscencye z oglądanych zakładów nie zastąpią bowiem codziennych wzorów, przejścia szkoły we wzorowo urządzonej instytucyi, a takich brak było dotąd u nas.

Pierwszy skład personalu lekarskiego szpitala im. Karola i Maryi znajduje się w nader pomyślnych, ale i trudnych warunkach, ciążyć bowiem na nim będzie praca pionierska w zakresie leczenia szpitalnego chorób zakaźnych, u nas, gdzie zakażenia wewnątrzszpitalne uważa się za »zło



konieczne« szpitali dziecięcych, gdzie się to znosi, gdzie to nie mąci sumienia kierownika i jego współpracowników. Tymczasem każde zakażenie szpitalne powinno być »casus belli« w szpitalu dziecięcym, powinno zmuszać do skontrolowania natychmiastowego całego aparatu szpitalnego, wykrycia źródła zakażenia i, o ile to możliwe, stłumienia tego źródła na razie i na przyszłość. Kierownikowi szpitala pomagać powinni w tym względzie wszyscy współpracownicy lekarscy i pielęgniarscy, wszyscy dla dobra sprawy powinni z nadzwyczajną sumiennością wypełniać ogólne przepisy i z całą szczerością przyznawać się w razie jakiegoś nieszczęśliwego zbiegu okoliczności do przekroczenia przepisów, aby wyrządzoną już krzywdę sprowadzić do jaknajmniejszych rozmiarów, lub, jeżeli to jeszcze możliwe, jej zapobiedz. Oczywiście, że ważnym warunkiem jest odpowiednie urządzenie szpitala, ułatwia ono bowiem personalowi znakomicie racyonalne wykonywanie zadań, a pamiętać powinniśmy, że i tu, jak wszędzie, zalety osobiste personalu są wszystkiem; — pielęgniarki angielskie potrafią unikać zakażeń szpitalnych przy rozmieszczeniu najróżnorodniejszych chorych zakaźnych na tej samej sali (Bedisolation), dzięki tylko rozsunięciu łóżek i prawdziwie chirurgicznie aseptycznemu obchodzeniu się z chorymi. W urządzeniach szpitala Karola i Maryi, dzięki światłej, opartej na prawdziwem zrozumieniu i ukochaniu sprawy ofiarności fundatorki szpitala, p. Zofii Szlenkerówny, zastosowaliśmy wszystko. co w danej chwili rozwoju szpitalnictwa zastosować było można; reszta leży w rękach pracowników szpitala, od ich dobrej woli i oddania się sprawie zależy przyszłość instytucyi.

Dobra organizacya pracy lekarskiej w szpitalu wymaga przedewszystkiem odpowiedniego i dobrego podziału pracy. Personal lekarski, jak już to podniosłem wyżej, musi być w szpitalu dla dzieci nierównie lepiej zorganizowany, sharmonizowany, niż w szpitalach ogólnych ze względu właśnie na konieczność trzymania się ściśle jednakowego systemu w stosunku do chorób zakaźnych. Lekarze muszą być pod tym względem wyznawcami jednej idei, którą wraz z postępem za wspólną ugodą zmienić mogą na inną, ale przez czas określony aż do nowej zmiany konsekwentnie jej muszą hołdować. Ta sprawa ma związek ścisły z życiem praktycznem szpitala. Pozatem pożądanem jest bardzo, aby lekarze, nie zatracając swej indywidualności lekarskiej, przez jaknajczęstszą i jaknajgłębszą wymianę zdań, zbliżali się możliwie w swych poglądach i zasadach i wytwarzali pewne jednolite środowisko. Nie powinien być personal szpitala towarzystwem wzajemnej adoracyi. ani kliką, oddzielającą się murem chińskim od innych środowisk, ale powinien mieć swoją odrębną fizyonomię jako całość. Źle jest nawet w szpitalach ogólnych, jeżeli naczelny kierownik nie żyje jego życiem. jako współpracownik lekarski, a zadawala się rolą administracyjną, ale szpital ogólny, rozbity na autonomiczne oddziały, mniej może na tem cierpi; jest tylu kierowników, ilu ordynatorów oddziałów, i całość, może nie zupełnie harmonijnie, ale się składa. Rzecz zupełnie inna w szpitalu poświęconym jednej specyalności, a zwłaszcza w szpitalu dla dzieci; z wyłuszczonych już obszernie względów, obawy zawleczenia zakażenia, kierownik szpitala musi być sam nietylko obeznanym gruntownie ze swym działem specyalistą, ale musi być duszą instytucyi, inicyatorem wszelkich w niej poczynań i organizatorem wszelkich zmian. Personal lekarski szpitala dziecięcego powinien takie stanowisko kierownika nietylko uznawać, ale uważać za niemożliwe inne stawianie sprawy. Doświadczenie szpitali dziecięcych uczy, że upadek ich zaczyna się z chwilą postawienia na ich czele osób niewyrobionych w swej specyalności, dla których rozwój i rozpęd instytucyi nie jest pierwszą troską, lub z chwilą, gdy pierwotni kierownicy, nieraz inicyatorzy i organizatorzy instytucyi, z biegiem czasu zatracają dawne zalety, a nowych ludzi jako zastępców nie dopuszczają. Kierownik musi w szpitalu dziecięcym mieć wszystkie nici w ręku, złym kierownikiem jest jednak ten, który zebrane w swych rękach nici zazdrośnie lub nieopatrznie przed oczyma reszty personalu ukrywa. Ma prawo wymagać poddania się naczelnej komendzie, lecz powinien pamiętać, że ma pod tą komendą sztabowców, z których każdy powinien umieć zająć kiedyś, tu czy gdzieindziej, samodzielne stanowisko. Każdy członek personalu lekarskiego powinien znać dokładnie całokształt urządzeń i działalności instytucyi, interesować się jej losem, wbrew temu, co się nieraz spotyka, że asystent, od paru lat na danym oddziale w szpitalu pracujący, nie umie o innych oddziałach udzielić zwiedzającemu objaśnień. Zdarzało mi się niejednokrotnie, że sami oprowadzający mnie asystenci skarżyli się na to, ale tłómaczyli się tem, że nikt ich do takiego zainteresowania się instytucyą nie zachęcił.

I n t e r n i. Okazywać pomoc kierownikowi powinien cały personal lekarski szpitala, ale niektórzy z personalu szczególnie się w tym celu wyrabiać powinni. Mam tu na myśli lekarzy i n t e r n ó w szpitala, którzy z codziennem życiem szpitala najwięcej się stykają. O ile lekarze interni nie uznają, czy przez niezrozumienie, czy przez nieporozumienie, czy zniechęcenie, zarządzeń kierownika i tylko im się formalnie z przymusem poddają, życie instytucyi, tak czułej na wszelkie drgnienia, jak szpital dziecięcy, nie może iść prawidłowo i niestety zbyt rychło objawia się to w dezorganizacyi pracy i opieki lekarskiej stałej, w zjawianiu się częstszem zakażeń szpitalnych z całym zbiorem wynikających stąd następstw. Tak samo bywa ze statystyką szpitalną, w której prowadzeniu pomagają kierownikowi szpitala głównie interni. Wykonując tę pracę, trzeba mieć przekonanie o jej korzyści, celowości i przeświadczenie, że dane te będą zużytkowane. Dla tego też najlepiej, gdy opracowanie danych, statystycznych odbywa się co rok i bywa w sprawozdaniu drukiem ogłaszane. Z rocznych takich danych statystycznych z biegiem lat gromadzić można obfity materyał i nader interesujące tematy do prac, pogłębiających nasze wiadomości epidemiologiczne patogenetyczne, społeczno higieniczne i wiele innych. Dla tego też w kartach szpitala im. Karola i Maryi ułożono szczegółowe wywiady osobnicze i rodzinne; niektóre szczegóły wydawaćby się mogły zbytecznymi, gdy się jednak pomyśli, że jest to nietylko zbieranie danych, potrzebnych dla danego przypadku, lecz dla powyżej wspomnianych zestawień, zbierający wywiady intern nie będzie się czuł obciążonym pracą zbyteczną. Dla ułatwienia zresztą pracy zostało drobnym drukiem podane wszystko potrzebne i należy tylko dopisywać, wykreślać lub podkreślać. W drugiej ważnej sprawie musi kierownik szpitala liczyć na zupełnie lojalne i na zrozumieniu istoty rzeczy oparte postępowanie internów, to w sprawie odwiedzania chorych dzieci przez rodziców; nie może tu być wyjątków od przyjętej zasady. Zasada dopuszczania rodziców jaknajrzadziej wypływa z poważnych powodów: niezamącania psychiki dziecka przez częste odwiedziny, po których dziecko nanowo przechodzi ten przełom duchowy jaki już przeszło po przyjęciu, nim przyzwyczaiło się do swego nowego otoczenia.

Drugi wzgląd, nie mniej ważny, to możliwość zawleczenia zakażenia przez odwiedzających rodziców, którzy mają inne dzieci w domu chore, lub stykają się z choremi dziećmi sąsiadów. Przy odwiedzaniu raz na tydzień można zaprowadzić bardzo ścisłą kontrolę, przy częstszem odwiedzaniu zabierałoby to za dużo czasu i odrywało od prawdziwego zadania szpitala. W szpitalu im. Karola i Maryi odwiedzanie odbywa się raz na tydzień w niedzielę w ściśle oznaczonych godzinach; intern dyżurny zbiera od każdego z odwiedzających dane co do chorób zakaźnych w jego najbliższem otoczeniu i dopiero wydaje bilet wejścia. Na oddziały zakaźne odwiedzających wcale się nie wpuszcza, przyglądają się dzieciom przez drzwi oszklone. Do sal chorych na oddziałach niezakaźnych wpuszcza się rodziców tylko po nałożeniu fartuchów.

Jak w tej, tak i w innych sprawach interni, o ile nie

są przekonani, powinni domagać się wszelkich wyjaśnień od kierownika, ale odstępować od zasady nie powinni, gdyż wtedy psuje się cały system.

(Ciąg dalszy nastąpi).

50-lecie doktoratu medycyny.

O obchodzie jubileuszowym Dr. Wągrowskiego otrzymujemy następujące wiadomości:

Niezwykle uroczyście odbył się dnia 21 grudnia 1913 w Czortkowie akt wręczenia odnowionego dyplomu Dr Karolowi Belina Wągrowskiemu. Po udzieleniu sędziwemu Jubilatowi błogosławieństwa w kościele parafialnym OO. Dominikanów, zgromadzili się lekarze miejscowi i okoliczni, deputacye Wydziału powiatowego, gminy Czortków, wszystkich towarzystw dobroczynnych i oświatowych i liczne koło znajomych ze wszystkich warstw społeczeństwa w pięknie przystrojonej sali Rady powiatowej. Dwaj najstarsi lekarze powiatu wprowadzili Jubilata do sali, a pierwszy przemówił lekarz powiatowy Dr. Grudzewski, wręczając Jubilatowi odnowiony dyplom Uniwersytetu Jagiellońskiego.

W przemowie swojej przypomniał dr. Grudzewski Jubilatowi chwilę promocyi, która się odbyła 21 grudnia pamiętnego 1863 roku, w czasie, kiedy Jubilat już od dłuższego czasu udzielał pomocy tym, którzy na polu walki o wolność narodu szwank ponieśli na zdrowiu. Mowca przypomniał słowa przysięgi i ślubowania i całą żmudną półwiekową pracę Jubilata w zawodzie. Pracę tę uznało społeczeństwo, wśród którego pracował, a wyrazem tego uznania była jednomyślna uchwała grona profesorów Wydziału lekarskiego i Senatu akademickiego Uniwersytetu Jagiellońskiego udzielenia Jubilatowi odnowionego dyplomu, »quippe qui per multos annos medici munere honorificentissime functus sit et inter praecipua societatis ornamenta numeratus officium publicum pro tuenda sanitate felicissime gesserit«, przeto udziela mu Uniwersytet »Doctoris medicinae lauream«. »Wręczając Ci ten zaszczytny dyplom« — kończył mowca — »poczytuję sobie za zaszczyt, że wolno mnie pierwszemu, — jak ongi przed 50 laty członkom Senatu akademickiego, — złożyć Ci życzenia słowem »gratulor«; tem samem rozpoczynam tę uroczystość »quod bonum, felix, faustum fortunatumque sit«.

Następnie imieniem Komitetu urządzającego uroczystość złożył Jubilatowi życzenia starosta Piątkiewicz. Imieniem Sekcyi czortkowskiej Tow. lek. gal. podniósł lekarz powiatowy Dr. Sękiewicz z Buczacza w pięknej przemowie znaczenie zrzeszenia się lekarzy i pracy Jubilata w tym kierunku. Imieniem Wydziału powiatowego i ludności powiatu przemawiał p. Wyhowski, imieniem gminy burmistrz Dr. Mossler, a wreszcie delegaci gminy wyznaniowej izrael. i towarzystw dobroczynnych i oświatowych złożyli Jubilatowi życzenia.

Wieczorem dnia tego odbył się bankiet, w którym udział brało oprócz lekarzy liczne grono znajomych i cała rodzina Jubilata. Wśród szeregu przemówień podnieść należy toast Dra Lica z Jagielnicy, który z niezwykłą swadą podniósł zasługi Jubilata wobec społeczeństwa, wśród którego pracował i wśród którego zdobył sobie niezwykłą powagę i miłość.

Dr. Karol Belina Wągrowski urodził się w roku 1838 w Wieliczce jako syn urzędnika salinarnego. Szkoły średnie i Wydział lekarski ukończył w Krakowie, gdzie też promował się dnia 21 grudnia 1863. Jeszcze przed promocyą został asystentem przy katedrze chemii w Krakowie (Prof. Dr. Czyrniański). W roku 1865 i 1866 był asystentem i sekundaryuszem oddziału chorób wewnętrznych szpitala powszechnego we Lwowie. Równocześnie mianowany został suplentem przy Zakładzie medyko-chirurgicznym Uniwersytetu lwowskiego, gdzie wykładał chemię lekarską. W r. 1867 mianowany prowizorycznym lekarzem powiatowym w Czortkowie, w r. 1878 lekarzem powiat. II klasy, w 1881 I klasy, w 1896 starszym lekarzem powiatowym, a w r. 1907 na własną prośbę przeniesiony w stan spoczynku, otrzymał tytuł krajowego inspektora sanitarnego i medal honorowy za 40-letnią służbę.

W roku 1862 zamianowany został przez Rząd narodowy pomocnikiem inspektora oddziału inspekcyi inwalidów Rady lekarskiej krakowskiej, a w roku 1863 był lekarzem w szpitalu Bonifratrów, gdzie pełnił służbę na oddziale rannych powstańców. Wspólnie z Drem Maciejowskim, Orzechowiczem, Nowkiewiczem, Rugierem, Longschampsem, Witzem i Głowackim układał projekt statutu mającego się zawiązać Towarzystwa lekarzy galicyjskich (uchwalony na Walnem Zgromadzeniu 12/2 1867).

Dr. G.

OVO-LÉCITHINE BILLON
JEST ŚRODKIEM, KTORY PODNIECA OGÓLNIE ŻYWIENIE I ZNAJDUJE ZASTOSOWANIE
Przeciw NEURASTENII, PRZEPRACOWANIU SIE, LYMPHATYZMOWI, RACHITIS, CHLOROZIE (BLEDNICY) I ANEMII WSZELKIEGO RODZAJU, RÓWNIEZ W CZASIE REKONWALESCENCYI, I T. P.
Na żadanie cenniki literatura i próbki.
DRAGÉES po 0,5 g 6 razy dziennie
GRANULE po 10 g na łyżeczke kawowa 3 razy na dzień
W FLASZECZKACH po 0,5 g na cc. raz na dwa dni.
LES ETABLISSEMENTS POULENC FRÈRES, PARIS
Głowne zastepstwo na Austro-Wegry
M. KRIS, Wien, I. Stefansplatz, 8.

Wiadomości bieżące.

—

Kraków. Doroczne posiedzenie sprawozdawcze Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się we środę 14. I. 1914.

— Pogrzeb nieodżałowanej pamięci Prof. Dr. Erwina Męsowicza odbył się 4. I. 1914. Na miejsce wiecznego spoczynku towarzyszył konduktowi pomimo wichru i deszczu tłum osób, świadczący obok mnóstwa wieńców, złożonych na trumnie, jak wielką wdzięczność i uznanie ś. p. Męsowicz sobie w szerokich kołach zaskarbił. W żałobnym orszaku postępowali za rodziną wiceprezydenci miasta dr. Szarski i Sare, rektor uniwersytetu prof. dr. Kostanecki i prorektor prof. dr. Zoll z gronem profesorów ze wszystkich wydziałów, prezydent Izby lekarskiej dr. Schoengut, przedstawiciele różnych Towarzystw, wśród nich liczna deputacya Towarzystwa »Sokół« w mundurach i w ordynku. Przemówień nad trumną na życzenie Rodziny zmarłego nie było.

— Redakcya »Kalendarza lekarskiego krakowskiego« prosi nas o zaznaczenie, że Kalendarz na r. 1914 jest już na wyczerpaniu, by koledzy, chcący Kalendarz zamówić w jego redakcyi, zechcieli się pośpieszyć, cena bowiem księgarska Kalendarza jest wyższa.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 21. XII. do 27. XII. 1913 zgłoszono przypadków: błonicy 7 † 2 (obcych 3 † 1), krztuśca 5, ospy wietrznej 1, płonicy 19 † 1 (1 † —), odry 17 † 2, duru brzusznego 1 † 1 (2 † —), róży — † 1.

Dr Janiszewski.

Warszawa. W Warszawskiem Towarzystwie lekarskiem przewodniczącym zebrań ginekologicznych na rok 1914 wybrany został kol. Fr. Neugebauer, zastępcą przewodniczącego kol. Cz. Stankiewicz, sekretarzem kol. Zygm. Zakrzewski; przewodniczącym zebrań chirurgicznych kol. Wł. Szteyner, zastępcą kol. Sławiński, sekretarzem kol. Smużyński; przewodniczącym zebrań laryngo-otyatrycznych kol. Meyerson, sekretarzem Polański.

— »Przegląd pedyatryczny« wychodzić będzie od r. 1914 w znacznie zwiększonej objętości. Przedpłatę podwyższono na 6 rb. rocznie.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 22. XII. do 29. XII. 1913 przypadków: ospy 2 † 1, płonicy 2 † —.

Dr. Trenkner.

Z różnych stron. Towarzystwo lekarskie lwowskie wybrało swym prezesem na r. 1914 dr. Kaliksta Krzyżanowskiego, wiceprezesem prof. dr. Kucerę, sekretarzem stałym doc. dr. Hornowskiego, dorocznym dr. Szczepańskiego, skarbnikiem Dr. Lenartowicza, redaktorem »Tygodnika lek.« prof. Dr Nowickiego.

— W Instytucie dentystycznym Uniwersytetu lwowskiego (Zielona 5 a) urządza od poniedziałku 12. I, 6 wieczór, do soboty 17. I. prof. Cieszyński dla lekarzy dentystów-stomatologów kurs uzupełniający z dziedziny chirurgii dentystycznej, znieczulania do zabiegów w jamie ustnej i rentgenografii zębów i szczęk. W godzinach wieczornych od 6—8 wykłady teoretyczne, w godzinach porannych od 7 ½—9 ½ ćwiczenia praktyczne. Ponieważ liczba uczestników jest ograniczoną, należy nadesłać zgłoszenia jak najrychlej. Taksa za kurs całkowity przy 10 uczestnikach kor. 100. Z materyału klinicznego instytutowego korzystać mogą uczestnicy przez dalsze 3 tygodnie.

Mianowani: Prof. Bumke z Fryburga dyrektorem kliniki neurol.-psychiatrycznej w Rostocku; dr. W. Russel profesorem medycyny klinicznej w Edynburgu; Prof. Sherrington z Liverpoolu profesorem fizyologii w Oxford.

Zmarli: Dr. Gabryel Wawelberg w 46 r. ż. w Warszawie; Dr Julian Filleborn z Dynaburga w Krakowie; Dr Józef Goldbaum w 46 r. ż. w Warszawie; chirurg Sydney Jones w Londynie.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w grudniu 1913. (Dokończenie).

Neurologia polska Tom III. Z. 5.: Ciechanowski i Landau: Meningitis cystica. — Flatau i Sterling: O objawie rowka podrzepkowego. — Wł. Sterling: Studya kliniczne nad t. zw. eunuchoidyzmem oraz pokrewnymi typami.

Kronika dentyst. Nr 12.: Zieliński: W sprawie związku pomiędzy stanem septycznym jamy ustnej a chorobami ogólnemi.

Przegląd higieniczny Nr 11.: Kolski: Handel mlekiem we Lwowie.

NORMALNE WODY MINERALNE

WEDŁUG PRZEPISU

PROF. DRA W. JAWORSKIEGO W KRAKOWIE.

(NAUKA O CHOROBACH WEWNĘTRZNYCH TOM III. PROF. W. JAWORSKI).

WYRABIA RZĄDOWA UPRAWNIONA FABRYKA 201

K. RZĄCY i CHMURSKIEGO w KRAKOWIE, ul. św. Gertrudy L. 4. (Telefon Nr 227).

Normalne wody mineralne z przepisu Prof. Dr W. Jaworskiego.

Nr	Woda lecznicza (flaszka)	h.	Nr	Woda lecznicza (flaszka)	h.	Nr	Woda lecznicza (flaszka)	h
I	Normalna . . . . ¾ l	40	XII	Jodowa słabsza . . ¾ l.	50	XXIII	Różowa mocniejsza . ¾ l.	6
II	Alkaliczna słabsza . » l.	34	XIII	» mocniejsza . ½ l.	50	XXIV	Ziemna słabsza . . » l.	4
III	» mocna . » l.	40	XIV	Bromowa słabsza . ¾ l.	42	XXV	» mocniejsza . » l.	60
IV	Słona słabsza . . . » l.	40	XV	» mocna . . ½ l.	50	XXVI	Magnezowa różowa » l.	46
VI	» mocniejsza . » l.	44	XVI	Żelazista . . . . ¾ l	42	XXVII	Niesłona . . . . . ½ l.	38
VI	Alkaliczno słona . . » l.	34	XVII	Arsenawa . . . . ½ l.	50	XXVIII	Radowa czysta . . ¾ l.	1·—
VII	Glauberska mocna . » l.	44	XVIII	Arseno-żelazista . ½ l.	50	XXIX	» alkaliczna . » l.	1 —
VIII	» słabsza . » l	34	XIX	Dyetetyczna . . . ¾ l.	40	XXX	» glauberska » l.	1·—
IX	Magnowa . . . » l.	44	XX	Kwaskowata . . . ½ l	32	XXXI	» litowa . . » l.	1 —
X	Wapniowa . . . . » l.	44	XXI	Stołowa normalna ¾ l.	34			
XI	Litowa . . . . . . » l.	50	XXII	Różowa słabsza . . » l.	44			

UWAGA: Dla odróżnienia, godłem wód normalnych jest na etykietach rysunek **ryby** ze strzałką. Dla uniknięcia pomyłek z wodami naśladowanemi, uprasza się do nazwy szczegółowej wody dodawać wyraz **»normalna«** i numer. — Broszury podające skład i terapeutyczne stosowanie wód normalnych przesyłamy na żądanie franco.

Głos lekarzy Nr 23.: Mikulski: W walce z alkoholem, od słowa do czynu. — Stosunek lekarzy zdrojowych do lekarzy ordynujących.

Przegląd higieniczny. Nr 12: Drexler: O zakładaniu ulic miejskich.

Przegląd zdrojowo-kąpielowy. Nr 12: Zanietowski: Kilka słów o balneografii ziem polskich w stosunku do topografii zdrojowisk Europy (z mapą). — Inwestycye w Krynicy.

Słowo lek. Nr. 22—24. XIX. Wiecowi Izb lekarskich w Austryi. — Walka lekarzy niemieckich z kasami chorych. — W sprawie gimnazyalistów-robotników. — Dziewoński: Seminarzyści z Kęt w ciągu feryi 1913. — Grzybowski: Studenci jako robotnicy. — Ciechanowski: Stan sanitarny w Galicyi. — Projekt ustawy o lekarskiej działalności w Rosyi. — Glassner: Przegląd dotychczasowych głosów w sprawie studentów-robotników. — Lekarze i praca polityczna w Niemczech. — Grün.: O kongresach lekarskich dla spraw społecznych. — Fischer: Tajemnica lekarska.

Bibliografia.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung. Grudzień 1913. Monachium (J. F. Lehmann). Cena zeszytu 4·50 Mk.

Przeznaczony na chirurgię i ortopedyę zeszyt grudniowy wypadł w tym roku obszernie (6 arkuszy druku), a zawiera oprócz przeglądu postępów chirurgii pióra prof. Josepha i przęglądu postępów ortopedyi pióra prof. Langego, rozprawy prof. Payra: »Kamica żółciowa« i prof. Ludloffa: »Leczenie cierpień stawu kolanowego«.

Dr med. Matilde von Kemnitz: *Moderne Mediumforschung.* Monachium 1914. (J. F. Lehmann). Cena 1·50 Mk.

Niejednokrotnie już demaskowano proste oszustwa, które czas jakiś uchodziły za zjawiska medyumistyczne. Prozelici medyumizmu nie dają jednak za wygraną i wyszukując coraz to nowe »medya«, wznawiają potrzebę badań krytycznych i ścisłych obserwacyi. Takie obserwacye, ciekawe niepospolicie z punktu widzenia także lekarskiego (dowolne »przeżuwanie« u człowieka, użyte do symulacyi zjawisk medyumistycznych) ogłasza Dr Matylda v. Kemnitz, zbijając zarazem krytycznie twierdzenia Dra v. Schrenk Notzinga w sprawie t. zw. »materyalizacyi«. Z.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Doroczne posiedzenie sprawozdawcze Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 14. stycznia 1914 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: Sprawozdanie Zarządu za rok 1913.

Nadesłane.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Purgen. Prof. Dr. R. Wernicke (Annales del Circulo Médico) z Buenos Aires, ogłasza wyniki doświadczeń tym środkiem na przeszło 50 chorych przeprowadzonych i uznaje go za najlepszy środek przeczyszczający. B. W.

MATTONI'EGO SÓL MUŁOWA
z leczniczego mułu - Soos pod Franconsbadem. :: Naturalne zastępstwo kąpieli mułowych w domu. Zastosowanie podług przepisu lekarskiego. Żądać zawsze MATTONI'EGO SOLI MUŁOWEJ. o

Szczawa Krondorfska uznana za najlepszą i naturalną
Najlepsze skutki w nieżytach żołądka i pęcherza, jakoteż dróg oddechowych. 205
Prospekty rozsyła na żądanie Brunnen-Unternehmung Krondorf bei Karlsbad lub też Generalna reprezentacya dla Galicyi i Bukowiny, Kraków, Grodzka 48. Lwów, Sykstuska 81.

Leczenie tlenowo-yoghurtowe w sensie „wychowania jelita“
oddaje według doświadczenia usługi przy najskuteczniejszem leczeniu nieżytów żołądka i jelit, zaburzeń w trawieniu, nadmiernej kwasoty żołądka szczególnie przy nawykowem zaparciu i tegoż objawach następowych.

„Kołaczyki magnowe“ Prof. Junghahn'a
Fiolka z 35 porcyami K 3.
Sporządzone z czystego wysokoprocentowego nadtlenku magnu. Działającymi składnikami są wytwarzające się w żołądku czynny tlen i magn. Przy nieżytach żołądka i jelit, dyspepsyach z fermentacyi, nadmiernej kwasocie żołądka, zaparciach etc. 3 razy dziennie 1—2 kołaczyków po jedzeniu.

Kołaczyki yoghurtowe Nr. II łagodne Prof. Junghahn'a
Fiolka z 33 porcyami K 3·50.
Czysta kultura prątka Maya w postaci zagęszczonej, zdolnej do życia. Zastępuje mleko yoghurt. 3 razy dziennie 1—2 kołaczyków po jedzeniu.

Kołaczyki yoghurtowe Nr. I przeczyszczające Prof. Junghahn'a 227
Fiolka z 33 porcyami K 2·50.
Każdy kołaczyk zawiera oprócz bakteryi yoghurtu 0·12 phenolph. Wskazane, jeżeli jelito ma być szybko i pewnie opróżnione. Tylko przy zaparciu, zresztą wystarczają kołaczyki magnowe i yoghurtowe II łagodne. Wieczorem 1—2 kołaczyków.

Leczenie tlenowo yoghurtowe składa się z kombinacyi »tlenu« (kołaczyki magnowe) z »yoghurtem« (bacillus bulgaricus). Do »leczenia wstępnego« podaje się same kołaczyki magnowe, aby oczyścić jelito z największych szkodliwości i odkazić; 6. lub 7. dnia zaczyna się potem kołaczykami yoghurtowymi Nr II łagodnymi (zażywać 1/2—1 godziny po jedzeniu), tak iż teraz używa się obu przetworów równocześnie. Kołaczyki yoghurtowe Nr. I przeczyszczające wchodzą w grę tylko przy występującem zaparciu.

Patrz następny Nr tego pisma o przetworze »glykobakter«, ważne dla skutecznego leczenia yoghurtem.
Piśmiennictwo i próbki bezpłatnie.
„Yoghurt jest rzeczą zaufania“.
Należy zapisywać wyraźnie: Przetwory oryg. Prof. Junghahn'a.

SAUERSTOFF-WERK IN BAD SAUEBRUNN BEI WIENER-NEUSTADT.

Rok LIII. Kraków, dnia 17. stycznia 1914. Nr 3.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z pracowni chemii organicznej Uniwersytetu w Paryżu.

Nowa metoda oznaczania ilości siarki w cieczach biologicznych

przez

W. Skarzyńskiego.

Desgrez i Ayrignac wykazali, że wydzielana z ustroju z moczem siarka pochodzi z rozpadu ciał białkowych, oraz że stosunek siarki w sulfoeterach do ogólnej ilości siarki wydzielanej, zależy od fermentacyi kiszkowej i pozwala na określenie jej przebiegu.

O ile siarka sulfoeterów, t. j. podwójnych siarczanów sodu (względnie potasu) i fenolu, indolu i t. p. wytwarza się w kiszkach, o tyle siarka nieutleniona, zwana również siarką obojętną, pochodzi głównie z wątroby.

Prace, które w ostatnich czasach ukazały się w tej sprawie (wymienię tu przedewszystkiem pracę Weissa), wyjaśniają w dostatecznej mierze, iż wydzielanie się siarki obojętnej wzrasta w tych przypadkach, gdy ustrój niszczy nadmiernie ciała białkowe; wzrost ten daje się zauważyć w przypadkach np. gruźlicy, jeszcze zaś silniej zarysowywa się w przypadkach raka.

Wynika stąd, że potrzeba oznaczania ilości siarki wydzielanej z moczem jest ważniejszą, niż oznaczanie chlorków i fosforanów, a dorównywa ważnością swą jedynie oznaczaniu ilości mocznika. Dotychczasowy brak jednak metody prostej, szybkiej, a zarazem dokładnej, nie pozwalał na zajmowanie się określaniem ilości siarki w pracowniach szpitalnych; w poszczególnych przypadkach dokonywano tego w pracowniach naukowych.

Metoda, polegająca na strącaniu siarczanów chlorkiem barowym, mimo swej prostoty teoretycznej, nastręcza często w praktyce wiele trudności, a przedewszystkiem pochłania nazbyt wiele czasu. Najprostszemi metodami badania są zazwyczaj metody objętościowe. Używana oddawna metoda interpolacyjna, polegająca na doprowadzaniu ilości siarczanów do wahania się w granicach możliwie zbliżonych do siebie, jest nieścisłą. W innej metodzie strąca się siarczany mianowanym chlorkiem barowym, którego nadmiar strąca się następnie chromianem potasowym. Rozbiór sprowadza się do oznaczania nadmiaru chromu przy pomocy jodu, który kolejno mianujemy tiosiarczanem sodowym. Sposób ten prócz dwu przesączań wymaga przygotowania aż czterech płynów mianowanych, które zmieniają swoje miano w stosunkowo krótkim czasie.

Powyższe względy skłoniły mnie do wypracowania prostego, szybkiego i dokładnego sposobu oznaczania ilości siarki w cieczach biologicznych, zwłaszcza zaś w moczu. W ostatnich czasach pracowałem nad tą sprawą przy współudziale p. R. Gauvina, szefa pracowni urologicznej Dra. Cathelina.

Przed kilku laty Raschig ogłosił pracę, w której nadmienił o możliwości określania ilości siarczanów rozpuszczalnych przy pomocy benzydyny. Nasuwa się pytanie, czy sposób ten, tak prosty i dokładny, gdy chodzi o same tylko siarczany, może być zastosowany do środowiska tak złożonego, jak mocz.

Związki kwasu szczawiowego, fosforowego, węglowego i moczowego z benzydyną są mało rozpuszczalne w wodzie, natomiast bardzo łatwo rozpuszczają się w niej w obecności kwasu solnego. Stwierdzenie tego faktu pozwoliło mi zastosować chlorowodan benzydyny, jako odczynnik.

Przekonawszy się z drugiej strony, że sulfoetery nie strącają się chlorowodanem benzydyny, przyjąłem następujący porządek w oznaczaniu wszystkich trzech stanów siarki, które znajdują się w moczu:

1) Oznaczanie ilości siarczanów.

2) Oznaczanie ilości siarki utlenionej (siarczany + sulfoetery).

3) Oznaczanie ogólnej ilości siarki (siarczany + sulfoetery + siarka nieutleniona).

Różnica między 2) i 1) da nam ilość sulfoeterów, różnica między 3) a 2) — siarkę nieutlenioną. W przypadkach drugim i trzecim związki siarki przetwarzamy w siarczany, wszystko zatem sprowadza się, podobnie jak w wypadku pierwszym, do oznaczania siarczanów.

Traktując siarczan sodu (wzgl. potasu) chlorowodanem benzydyny, otrzymujemy chlorek sodowy (wzgl. potasowy) oraz obojętny siarczan benzydyny, nierozpuszczalny w nadmiarze odczynnika.

$$SO^4Na^2 + \begin{array}{l} C^6H^4AzH^2 \\ | \\ C^6H^4AzH^2 \end{array}, 2HCl = 2NaCl + \begin{array}{l} C^6H^4AzH^2 \\ | \\ C^6H^4AzH^2 \end{array}, SO^4H^2$$

Obojętny siarczan benzydyny rozszczepia się we wrzącej wodzie, dając wodan benzydyny oraz wolny kwas siar-

kowy, którego ilość oznaczyć możemy mianowanym roztworem wodzianu sodowego w obecności fenolftaleiny jako wskaźnika.

Rozczyn chlorowodanu benzydyny przygotowujemy w sposób następujący: 20 gr. benzydyny, jak najdrobniej sproszkowanej, rozcieramy w moździerzu porcelanowym z 25 centym. sześcien czystego stężonego kwasu solnego, dolewając potrochu 50 cent. sześciennych wrzącej wody przekroplonej; rozcieńczamy następnie ciepłą wodą aż do objętości jednego litra, studzimy i przesączamy.

100 ctm³ powyższego rozczynu po rozcieńczeniu wodą do objętości 1 litra daje rozczyn chlorowodanu benzydyny, którym posiłkujemy się przy strącaniu siarczanów.

1) Oznaczanie ilości siarczanów.

Do zlewki o pojemności 500 ctm³ wprowadzamy przy pomocy pipetki 20 ctm³ przesączonego moczu, zobojętniamy w obecności papierka lakmusowego, zakwaszamy 2 ctm³ rozcieńczonego (1 do 10) kwasu solnego [1]) i dodajemy 350 ctm³ (t. j. nadmiar) wyżej wspomnianego rozczynu benzydyny, mieszając silnie pręcikiem w celu przyspieszenia tworzenia się osadu. Siarczan benzydyny, nierozpuszczalny w nadmiarze chlorowodanu benzydyny, osadza się całkowicie po 15—20 minutach, osad ten przesączamy, posiłkując się pompą ssącą i lejkiem Büchnerowskim. Resztki osadu, przylegające do ścianek zlewki, zmywamy rozczynem chlorowodanu benzydyny, sączek przemywamy kilkoma ctm³ wody, poczem osuszamy go z lekka przy pomocy pompy. Sączek wraz z osadem wprowadzamy do kolby Erlenmayerowskiej o pojemności $^1/_4$ litra. Osad, przylegający do ścianek lejka, zbieramy pręcikiem (z gumką na końcu), zmywamy go 20—30 ctm³ wody, dodajemy 2—3 krople dwuprocentowego rozczynu fenolftaleiny w alkoholu i nagrzewamy aż do wrzenia. Nie zdejmując kolby z ognia, określamy ilość wolnego kwasu siarkowego decynormalnym rozczynem wodzianu sodowego. Odczynnik ten wprowadzamy do płynu, przy pomocy oznaczonej (do $^1/_{10}$ ctm³) pipetki lub biuretki aż do chwili, kiedy otrzymamy silne zabarwienie, trwające przez czas kilkuminutowego wrzenia.

Ilość siarczanów, znajdujących się w jednym litrze moczu (wyrażona w gramach przez kwas siarkowy), określa się iloczynem zużytego decynormalnego rozczynu wodzianu sodowego (w centym. sześcien.) przez 0,245.

$$\frac{n\ \text{ctm}^3 \times 0{,}0049}{20\ \text{ctm}^3} \times 1000 = n \times 0{,}245$$

2) Oznaczanie ilości siarki utlenionej (siarczany + sulfoetery).

W celu przetworzenia sulfoeterów w siarczany, zmydlamy je, gotując z kwasem solnym.

Do kolby Erlenmayerowskiej o pojemności $^1/_4$ litra wprowadzamy 20 ctm³ przesączonego moczu, dodajemy 20 ctm³ rozcieńczonego (1 do 10) kwasu solnego, gotujemy w ciągu 15 minut, studzimy, wlewamy do półlitrowej zlewki, kolbę zmywamy wielokrotnie wodą przekroploną, płyn zobojętniamy ługiem sodowym, zakwaszamy 2 ctm³ rozcieńczonego (1 do 10) kwasu solnego, dodajemy 350 ctm³ rozczynu chlorowodanu benzydyny, dalej postępujemy jak w przypadku pierwszym.

3) Oznaczanie ogólnej ilości siarki (siarczany + sulfoetery + siarka nieutleniona).

W przypadku tym próbowałem stosować różne metody, używane w celu przetwarzania siarki nieutlenionej na siarczany, zwłaszcza metody najszybsze i najdokładniejsze. Nie wszystkie jednak dały wyniki zadowalniające. Metoda, polegająca na wyparowaniu moczu i prażeniu części stałych z azotanem i węglanem sodowym, daje liczby zbyt małe z powodu tworzących się przez redukcyę związków kwasu azotawego, zaś metoda, stosowana w toksykologii, polegająca na gotowaniu z dymiącym kwasem azotowym i nadmanganianem potasu, daje znów liczby zbyt wielkie. Sposób, który dał mi wyniki zadowalniające i który postanowiłem zastosować, jest zmienioną przezemnie metodą Folina [1]).

Do kolby Erlenmayerowskiej ($^1/_4$ litra) wprowadzamy 20 ctm³ moczu przesączonego, dodajemy 0·20 grm chloranu potasu i 20 ctm³ rozcieńczonego (1 do 10) kwasu solnego, poczem gotujemy w ciągu 20 minut. Nie zdejmując kolby z ognia, dodajemy następnie (kroplami) 1 ctm³ dziesięcioprocentowego rozczynu cukru [2]), gotujemy jeszcze przez 3 do 5 minut, studzimy, wlewamy zawartość kolby do zlewki o pojemności $^3/_4$ litra, zobojętniamy wodzianem sodowym, zakwaszamy 2 ctm³ rozcieńczonego (1:10) kwasu solnego, dodajemy 500 ctm³ rozczynu chlorowodanu benzydyny, dalej postępujemy, jak w przypadku pierwszym i drugim.

Niżej podaję kilka wyników otrzymanych w różnych przypadkach.

1) Siarczany.

Strącanie chlorkiem barowym	Strącanie benzydyną	Różnica %
1,490	1,495	0,3 %
1,427	1,458	2 %
0,721	0,735	1,9 %
0,687	0,698	1,3 %

2) Siarka utleniona.

Strącanie Ba Cl²	Strącanie benzydyną	Różnica %
0,804	1,838	1,8 %
1,810	1,825	0,9 %
0,946	0,968	2,3 %
0,891	0,907	1,8 %

Różnica między siarką utlenioną, a siarczanami da nam sulfoetery.

0,314	0,343
0,383	0,367
0,225	0,233
0,204	0,209

3) Ogólna ilość siarki.

Strącanie Ba Cl²	Strącanie benzydyną	Różnica %
2,932	2,916	0,6 %
3,014	2,989	0,8 %
2,111	2,083	1,3 %
1,510	1,495	1 %

[1]) W celu przeszkodzenia osadzaniu się szczawianów, fosforanów i t. p. N. B. Większy nadmiar kwasu solnego opóźnia osadzanie się siarczanu benzydyny.

[1]) Metoda ta, przy strącaniu siarczanów chlorkiem barowym, została zaniechana z powodu stałego otrzymywania zbyt dużych liczb, wskutek częściowego pozostawania chloranu barowego na sączku.

[2]) Cukier ma za zadanie usunięcie nadmiaru chloranu, który utleniając benzydynę, uczyniłby ją niezdolną do osadzania siarczanów.

Różnica między ogólną ilością siarki, a siarką utlenioną da nam siarkę nieutlenioną.

1,128	1,078
1,204	1,164
1,165	1,115
0,619	0,588

Metoda, którą proponuję, jest zatem zupełnie ścisłą; błędy popełniane nie wychodzą poza granice błędów, popełnianych we wszelkich metodach objętościowych. Dla oznaczenia wszystkich trzech stanów siarki wystarcza 60 ctm^3 moczu; w przypadkach, gdy nie rozporządzamy dostateczną ilością moczu, możemy równie dobrze operować z 10 lub 5 ctm^3, należy tylko pozostałe odczynniki zmniejszyć w tymże stosunku. W wypadku 5 ctm^3 poleciłbym używać bardziej rozcieńczonego rozczynu mianowanego wodzianu sodowego. W moczu, zawierającym dużą ilość ciał białkowych, należy je ściąć poprzednio przez nagrzewanie, następnie dopełnić wodą aż do dawnej objętości, wreszcie przesączyć. Metoda, którą podaję, pozwala na oznaczenie wszystkich trzech stanów siarki w niespełna trzy kwadranse, co jest wielką oszczędnością czasu w porównaniu z metodą barytową; pozwala ona wykonać wiele prób, dając temsamem większą pewność dokładności otrzymanych wyników. Metoda ta nie jest kosztowną z powodu względnej taniości benzydyny, którą zresztą po ukończeniu rozbioru zbierać można z kolb Erlenmayerowskich.

Z zakładu rentgenowskiego Dra Zygmunta Steuermarka w Krakowie.

Nowe metody leczenia nowotworów za pomocą promieni Röntgena.

Napisał

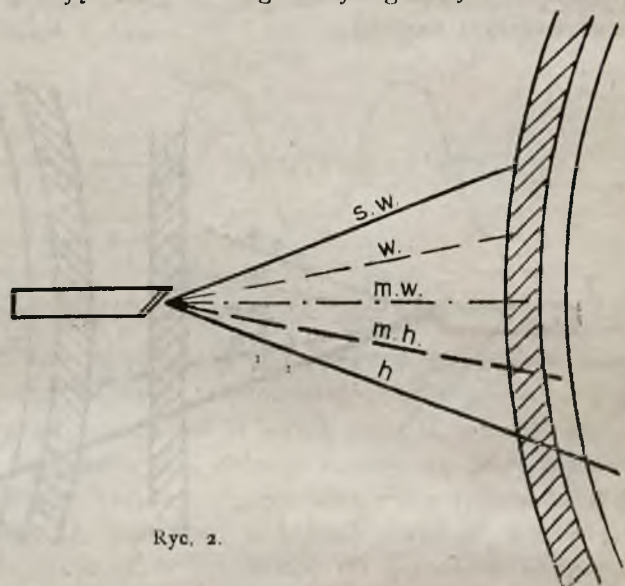
Dr Zygmunt Steuermark.

(Odczyt na posiedzeniu Tow. lekarskiego w Krakowie d. 12 listopada 1913)

(Ciąg dalszy).

Dla łatwiejszego zrozumienia zjawisk, zachodzących w lampie Röntgena, niechaj mi wolno będzie podać następujące wyjaśnienia (Ryc. 2.): Snop promieni, wychodzący z lampy Röntgena, jest mieszaniną promieni t. zw. bardzo miękkich (s. w.), średnio-miękkich (w.), średnio-twardych (m. h.) i twardych (h.), które między sobą różnią się szybkością, oraz rozmaitym stopniem drążenia w głąb ciał, na które padają; promienie miękkie wchłaniają w znacznej mierze powierzchowne warstwy skóry, natomiast promienie bardzo twarde przechodzą z łatwością przez najgrubsze kości; pomiędzy bardzo miękkimi a bardzo twardymi promieniami istnieje cała skala promieni o rozmaitym stopniu twardości, a tem samem i o rozmaitej wnikliwości (sile drążenia wgłąb ustroju).

Nadto, co dla nas jest niezwykle ważne, promienie o różnej skali twardości posiadają też odmienne działanie biologiczne, podobnie, jak się rzecz ma ze światłem słonecznem, którego promienie czerwone i pozaczerwone są promieniami cieplnymi, a promienie fiołkowe i bardziej jeszcze poza-fiołkowe promieniami wybitnie chemicznymi. Stąd też wynika, że ogólne pojęcie promieni Röntgena nie jest pojęciem jednolitem i tem się też tłómaczy w zastosowaniu do praktyki rozbieżność wskazań i różnorodność wyników leczniczych u rozmaitych autorów, którzy dla leczenia tej samej sprawy posługiwali się częstokroć różnymi gatunkowo promieniami. Dotychczasowa rentgenoterapia używała przeważnie promieni o średnim stopniu twardości, a te w zastosowaniu do leczenia nowotworów, ulegając absorpcyi tylko w powierzchownych warstwach, w głębi albo nie wywierają żadnego działania, albo nawet wręcz przeciwnie, dochodząc do głębokich warstw w niewielkich tylko ilościach, drażnią je i pobudzają do tem energiczniejszego bujania.



Ryc. 2.

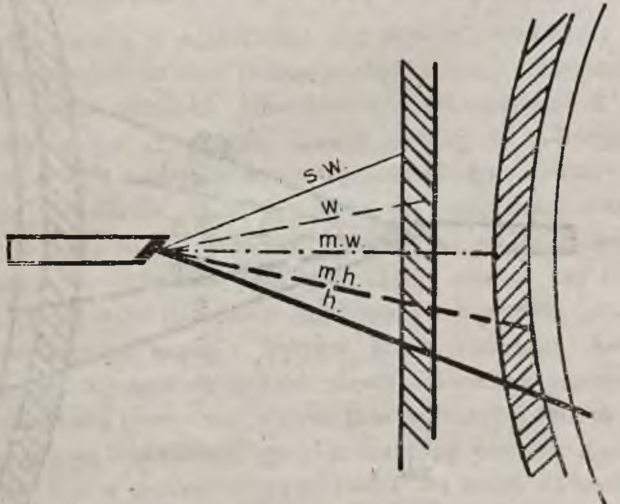
Pokazało się dalej dzięki badaniom Meyera i Rittera z Kiel, że twarde promienie, które dotychczas najczęściej starano się wyeliminować, działają pod względem biologicznym silniej, niż promienie miękkie, a zatem nietylko drążą wgłąb doskonale, ale dostawszy się do najgłębiej położonych komórek nowotworu, tam je dosięgają i wywołują tem silniejszy rozpad, im są twardsze.

Pomijam tutaj niezmiernie ciekawe doświadczenia obu tych autorów, a także szkoły francuzkiej (Regaud, Nogier, Spéder i inni), potwierdzone później przez Gaussa doświadczeniami na kijankach żab i nasionach grochu, jak również i różne hipotezy co do zmian w protoplazmie komórek nowotworu pod wpływem promieni; ograniczam się tylko do uwagi, że wrażliwość komórek nowotworu na promienie musi być większa, niż otaczających je zdrowych komórek, gdyż inaczej działanie to nie mogłoby być wybiórcze (electiv) i w równej mierze uległyby zniszczeniu komórki zdrowe, jak i nowotworowe.

A zatem do walki z nowotworami powinniśmy wyprowadzić z lampy Röntgena promienie jak najtwardsze i to w jak największej ilości; całe też dążenie nowoczesnej techniki na tem polu, co już teraz powiedzieć można, skierowane jest ku temu, ażeby te promienie, zbliżone do promieni γ, w stanie możliwie czystym, t. j. wolnym od domieszki innych promieni, w przyrządach naszych módz wytworzyć w jak najkrótszym czasie i w jak największej ilości. Ponieważ w snopie promieni, wychodzącym z lampy możliwie najbardziej twardej, t. j. takiej, której ciśnienie wewnętrzne odpowiada mniej więcej ciśnieniu 1/1000 mm

słupa rtęci, zawsze jeszcze znajduje się duża domieszka promieni miękkich i średnio-miękkich, dla skóry niebezpiecznych, przeto używamy dla ich wyeliminowania płyt glinowych (aluminiowych) grubości 3—4 mm jako filtrów: jest to drugi bardzo ważny czynnik dla ochrony skóry przed zapaleniem, oraz dla stworzenia gatunkowo jednolitego (»homogen« Dessauer) rodzaju promieni.

Trzecią zmianą w technice jest naświetlanie nowotworu tak zwanym ogniem krzyżowym, który polega na tem, że wybierając małe przestrzenie skóry, jako bramy, przepuszczamy przez nie filtrowane promienie i takich bram tworzymy jak najwięcej; w głębi nowotworu promienie sumują się jeszcze, a przez to osiągamy działanie niszczące w jeszcze wyższym stopniu.



Ryc. 3.

Wreszcie zbliżamy lampę Röntgena do 15 cm oddalenia jej ogniska od powierzchni skóry.

Ostatnią reformą jest stosowanie dawek bez porównania większych, niż te, które dotychczas nawet najśmielsi rentgenolodzy odważali się stosować; dawki te są tak olbrzymie, że na pierwszy rzut oka wydają się wprost awanturnicze i niewiarygodne. W dotychczasowej rentgenoterapii uważano za maximum 10 x, t. j. 10 jednostek Kienböcka, jako dawkę, której bezkarnie przekraczać nie wolno; dawka nieco wyższa wywołuje zapalenie skóry pierwszego stopnia, przy dalszem jej podwyższaniu po kilku dniach pojawia się oparzenie drugiego stopnia, a wreszcie i trzeciego stopnia, polegające na tworzeniu się niezwykle bolesnych wrzodów, które są istnym postrachem rentgenologów, gdyż goją się nieraz dopiero po latach i zawsze grożą, że nawet po zagojeniu się, po wieloletniej przerwie może na ich miejscu rozwinąć się kiedyś rak.

Toteż uprzedzenie do tych olbrzymich ilości promieni, stosowanych najpierw w ginekologii dla leczenia włókniaków i raków macicy, wywołało nieprzezwyciężony zrazu opór ze strony rentgenologów, wychowanych na dotychczasowych zasadach terapii, która operowała przeważnie promieniami o średniej twardości, i to albo wcale nie filtrowanymi, albo filtrowanymi niedostatecznie, n. p. przez blaszkę glinową, grubości tylko 1—2 mm. Gdy więc dzięki bardzo sumiennym badaniom przeważnie szkoły francuzkiej, a także i niemieckiej (Meyer, Ritter, Gauss), przekonano się, że promieni bardzo twardych i dostatecznie filtrowanych można stosować 2 i 3 razy więcej bez obawy wywołania jakiegokolwiek zapalenia, zacząto przy równoczesnym wyborze małych odcinków skóry, przez które wpuszczano promienie do wnętrza ustroju i przy wielkiej ilości tych odcinków dochodzić do 2000, a nawet i 10.000 x! (Bumm).

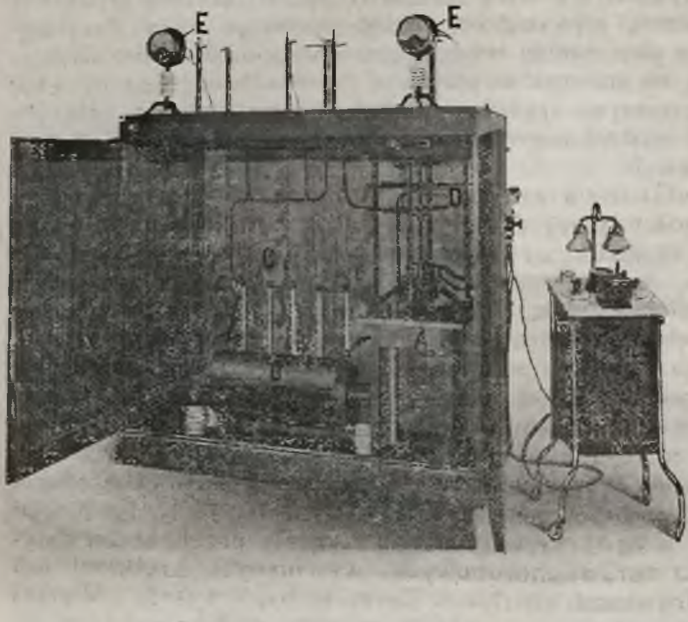
W ten sposób nauczyliśmy się stosować dawki wielokrotnie większe, niż dotychczas, i dopiero po tych olbrzymich wprost ilościach spodziewamy się wyników zupełnie odmiennych od dotychczasowych. A zatem dzięki tym biologicznym odrębnym własnościom promieni twardych możemy bez szkody dla tkanek, na które one w swej drodze trafiają, prażyć sam nowotwór tak wielką ich ilością, że o ile on tylko wogóle na nie jest wrażliwy, jego komórki muszą uledz rozpadowi i, jak to wykazały badania drobnowidowe, rzeczywiście też ulegają; równocześnie z otoczenia zaczyna bujać tkanka łączna, która opasuje gniazda rakowe coraz węższym pierścieniem, a z biegiem czasu z najgłębszych nawet warstw nowotworu w niektórych szczęśliwych przypadkach wycięte skrawki nic prócz postronków bliznowatych pod drobnowidem nie zawierają.

Takie są wyniki doświadczeń szkół ginekologicznych Kröniga, Döderleina, Bumma, Sellheima i t. d. To jest celem i ideałem nowoczesnej rentgenoterapii; jeżeli na wielkim materyale w praktyce z całą dokładnością powyższe zasady przeprowadzić będziemy mogli, będzie to jej niezwykłym tryumfem, gdyż stanie ona w pierwszym szeregu do walki ze złośliwymi nowotworami na równi z radem i mezotorem i będzie mogła z powodzeniem współzawodniczyć z zabiegiem chirurgicznym, który dzisiaj jeszcze stoi na pierwszem miejscu i stać będzie dopóty, aż doświadczenia powyższe nie zostaną potwierdzone ogólnie i uznane za niezbite.

Do szukania nowych dróg poza chirurgią zachęcić nas powinny w każdym razie słowa Czernego, który przed niedawnym czasem stwierdził, że pomimo całego udoskonalenia techniki operacyjnej w $^3/_4$ przypadków nowotworów operowanych występują przecież nawroty, a w ich następstwie śmierć. To samo już świadczy, jak niedostatecznym środkiem jest operacya.

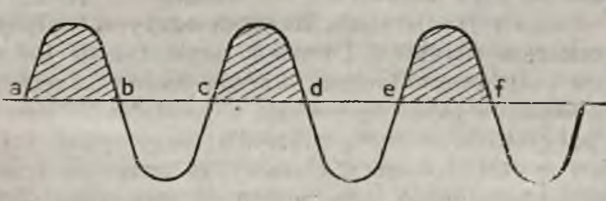
Jeżeli zatem mamy w praktyce przeprowadzić powyższe zmiany leczenia promieniami Röntgena, to przedewszystkiem musimy ulepszyć nasze przyrządy, bez czego dalszy postęp na tej drodze jest niemożliwy. Przyrządy te będą inne, niż przyrządy używane do celów rozpoznawczych, a zatem do prześwietlań i fotografii, gdyż dla wywołania na kliszy w obrazie odcieni, mniej lub więcej subtelnych, potrzebujemy właśnie promieni mieszanych, ulegających absorbcyi w różnych warstwach i tkankach stosownie do ich zbitości i gęstości; w naświetlaniach t. zw. głębokich, gdy n. p. idzie o nowotwór ukryty w głębi ciała, ta różnorodność (»Heterogenität« Dessauer) promieni jest tylko przeszkodą i niepotrzebnym balastem, gdyż wtedy nie rozporządzamy jednolitym pod względem biologicznym czynnikiem, nie lekarstwem o pewnym stałym składzie i działaniu, lecz mieszaniną, której każdy składnik ma inne działanie. Dlatego praktycznie niezmiernie ważną jest rzeczą zmienić dotyczasowy sposób wytwarzania promieni, ażebyśmy z przyrządów naszych pozbyli się tych, które z jednej strony narażają skórę na niebezpieczeństwo groźnego zapalenia, a z drugiej, rozgrzewając lampy, doprowadzają je do przedwczesnego zniszczenia.

Zadanie to zostało w ostatnich miesiącach praktycznie rozwiązane dzięki pracom Dessauera, który stworzył maszynę, przystosowaną do potrzeb leczenia głębokiego, którą jednak łatwo zmienić można także na przyrząd do celów rozpoznawczych.



Ryc. 4.
Maszyna Dessauera zreformowana.

Maszyna ta należy do przyrządów, nie mających przerywaczy, a zatem wolna jest od tych wszystkich wad, jakie wskutek przerywaczy właściwe są induktorom; wymaga ona prądu zmiennego, który otrzymuje się albo wprost z sieci miejskiej, tam gdzie on istnieje, albo gdy się ma do rozporządzenia tylko prąd stały, należy go zapomocą odpowiednich przyrządów, t. zw. przetwarzaczy A (fig. 4) zamienić na prąd zmienny. Prąd zmienny, używany dla celów technicznych, ma zazwyczaj 50 peryodów, czyli 100 faz, t. j. zmian kierunku na sekundę (fig. 5). (od a do b — faza dodatnia, od b do c — faza ujemna i t. d.; faza dodatnia i ujemna razem wzięte stanowią jeden peryod).

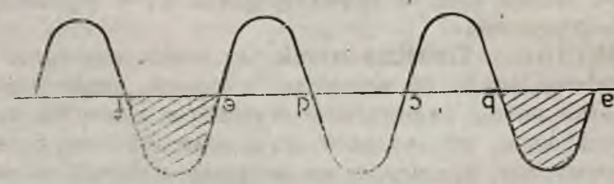


Ryc. 5.
Krzywa prądu zmiennego z 50 impulsami na sekundę.

Prąd ten w maszynie Dessauera wprowadza się do transformatora B (fig. 4), gdzie zamienia się go na prąd o wysokiem napięciu; z transformatora płynie on do opornicy C (fig. 4) głównie jednak przez specyalnie urządzony włącznik z igłami rotacyjnemi D (fig. 4) do lampy.

Punkt ciężkości wytwarzania szczególnie twardych promieni, a także i innych zalet przyrządu wypływa właśnie z urządzenia tego włącznika, gdyż reszta przypomina bardzo urządzenie maszyn amerykańskich pomysłu Snooka, które pod rozmaitemi nazwami: Ideal, Eresco, Transverter i t. d. wyrabiają rozmaite fabryki europejskie. W przyrządach Snooka również doprowadzamy prąd zmienny do transformatora dla zamiany na prąd o wysokiem napięciu, a zapomocą specyalnych przyrządów, zwanych przemiennikami (Hochspannungsgleichrichter) komutujemy fazę ujemną b—c (fig. 5) w przeciwnym kierunku, tak iż otrzymujemy wskutek tego t. zw. prąd stały tętniący (pulsierender Gleichstrom).

Tego rodzaju prąd ma bardzo wiele wad, głównie dlatego, że pochodząc z prądu zmiennego o 100 fazach, doprowadza do 100 impulsów czyli uderzeń prądu na sekundę do lampy, przytem siła jego dochodzić może do 50 MA. W następstwie takiego obciążenia z rozgrzanej metalicznej antykatody wydobywają się cząstki gazu do wnętrza lampy, przez co, mówiąc językiem technicznym, lampa prędko mięknie i zamiast twardych promieni, o które nam chodzi, wysyła promienie miękkie, które uważamy raczej za niepotrzebny balast.



Ryc. 5a.
Krzywa prądu zmiennego z 25 impulsami na sekundę.

Starano się zapobiedz temu przez dodatek specyalnego przerywacza, zwanego »rhytmeurem«, który przerywa prąd 120 razy na minutę, tak iż lampa przez $^1/_2$ sekundy świeci, a przez $^1/_2$ odpoczywa; również starano się przez wprowadzenie innych urządzeń doprowadzić tylko 50 impulsów do lampy (fig. 5), wszystkie te jednak środki nie wystarczają i czynią maszyny te specyalnie do głębokich naświetlań nieodpowiedniemi.

(Dok. nast.).

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Kneise. **Niektóre z moich doświadczeń na polu nowszej urologii** (zwłaszcza co do operacyi śródpęcherzowych). (Med. Klinik. 1913 Nr 42). K. ubolewa nad tem, że wielu lekarzy nietylko nie umie cystoskopować, ale nawet nie posyła swych chorych mimo uporczywego cierpienia dróg moczowych do cystoskopii. K. przytacza jaskrawe przypadki błędów rozpoznawczych z tego powodu i zgubnych skutków mylnego leczenia. Pamiętać należy o tem, że nieraz ciężkie cierpienia dają małe podmiotowe objawy, a nieraz zdarza się, że chory skarży się na ból po stronie zdrowej właśnie nerki. Operacye śródpęcherzowe, tak wdzięczne dla lekarza i chorego, nie mogą jeszcze znaleść ogólnego zastosowania, mimo że ta technika nie pozostawia obecnie wiele do życzenia. K. wyraża nawet zdanie, że każdy guz, który tylko da się usunąć śródpęcherzowo, powinien być na tej drodze usunięty. (Na zdanie to jednak niewielu chyba się zgodzi, bo nie chodzi tu o to, czy guz da się usunąć, lecz czy mamy pewność, n. p. przy guzach złośliwych, że usuniemy go w ten sposób doszczętnie. Przyp. sprawozd.). Gdy stosować się będzie szerzej cystoskopię, uniknie się często pomyłek rozpoznawczych i uchroni nieraz chorych od ostatecznych pogorszeń właściwej sprawy chorobowej, co powiedzieć można w szczególności o gruźlicy. K.

Hohlweg. **Dalsze doświadczenia nad leczeniem zapalenia miedniczek przez ich przepłukiwanie.** (Münch med. Woch. 1913 Nr 26—27). Leczenie zapalenia miedni-

czek nie dawało dotąd dobrych wyników. Stosowano różne sposoby. Lenhartz zalecił picie dużej ilości płynów, inni środki odkażające mocz, jak salicyl i urotropinę, leczenie szczepionkami (Michaelis, Rovsing), Meyer-Betz zakwaszanie moczu przez podawanie kwasu fosforowego i t. p. Najpewniejszym jednak sposobem jest bezpośrednie miejscowe leczenie miedniczek przez przepłukanie ich. Na 17 chorych osiągnął autor u 15 wyleczenie, a w 12 przypadkach na pewno wyleczenie trwałe. Wynik bywa tu tak dobry, że, gdy go niema, można napewno twierdzić, iż prócz miedniczki zajęta jest nerka, lub drobnoustroje dostają się do nerek i moczu z innego narządu. Przeciwwskazaniami do tego leczenia są: większa ilość białka i ciałka ropne w moczu, stwierdzone zmiany nerki (gruźlica, roponercze, ropnie, kamienie). Do płukań używa autor rozczynów azotanu srebra, zacząwszy od 0·1%—1%; jeżeli to sprawia bóle, używa 5%—10% argyrolu lub 1/4 1/2% perhydrolu. Przepłukuje dwa do trzech razy w tygodniu przez 2—3 tygodnie, co zwykle wystarcza. K.

Widbolz. **Gruźlica nerek** (17. międzynar. Zjazd lek. w Londynie 1913). O wczesnych okresach gruźlicy nerek nie można mówić na podstawie wywiadów, albowiem nieraz bardzo znaczne zmiany nerki dają małe objawy, a naodwrót niewielkie ognisko w nerce może wskutek dalszych następstw wywołać wielkie dolegliwości, n. p. w razie zajęcia pęcherza; nawet zwykle (43%) dopiero objawy pęcherzowe kierują chorego do lekarza. Przy badaniu cechujące są: lekki białkomocz, nieraz zwiększona ilość moczu, obecność w moczu ropy i prątków gruźliczych (prątki mogą jednak przechodzić do moczu i przy zdrowych nerkach). Rozpoznać gruzlicę wtedy na pewno możemy, gdy prócz wspomnianych objawów cystoskopia i cewnikowanie moczowodów wykaże zaburzenie czynności nerki. Jednostronna sprawa w nerce jest bezwzględnem wskazaniem do wycięcia, a wszelkie inne sposoby leczenia są bezcelowe. Leczenie tuberkulinami nadaje się tylko do przypadków spraw obustronnych lub takich jednostronnych, gdzie operować nie można. Stan pęcherza poprawia się po operacyi; w razie potrzeby leczy się jeszcze pęcherz miejscowo (1/2—1% azotan srebrowy, 6% kw. karbolowy, jodoform, kreozot i t. p.). K.

Dermatologia i syfilidologia.

Nakano. **Próby uodpornienia czystemi hodowlami krętka bladego.** (Archiv. f. Derm. u. Syph. t. 116). Z doświadczeń autora wynika, że w surowicy królików, którym wstrzykiwano zabite krętki blade, można wykazać swoiste aglutyniny; precypityny wykazać się nie dają. Co do substancyi rozpuszczających krętki blade (lizyn), to można je spostrzegać jedynie w surowicy króliczej; w surowicy ludzkiej autor znaleść ich nie mógł. Swoiste wiązanie dopełniacza (komplementu) udało się autorowi również wykazać, ale jedynie tylko w niektórych przypadkach Uodpornienie czynne, zdaniem autora, nie da się przeprowadzić ani u królików, ani u ludzi, a surowica królików, którym poprzednio wstrzykiwano krętki blade, nie posiada wobec kiły u królików żadnych własności leczniczych. H. L. Weber.

Sachs. **Kliniczne i doświadczalne badania nad wpływem barwików anilinowych na skórę ludzką i zwierzęcą.** (Archiv f. Derm. u. Syph. t. 116) W bardzo obszernej pracy dowodzi autor, że działanie lecznicze maści i zasypek, sporządzonych z czerwieni szkarłatnej (Scharlachrot), nie jest dla tego barwika swoistem, a zupełnie takie samo działanie wywierają barwiki anilinowe (Krapplack, Gelblicht, Grünerlack i t. d.). Czerwień brylantowa (Brillantrot) n. p. zdaniem autora o wiele silniej pobudza ziarninę do bujania i ranę do pokrywania się naskórkiem, aniżeli dotąd używana czerwień szkarłatna H. L. Weber.

Kutznitzky. **Przyczynek doświadczalny i kliniczny do wydzielania się tłuszczów z gruczołów skóry.** (Arch. f. Derm. u. Syph. 1913). Według badań autora skóra dorosłego człowieka wydziela dziennie 1 - 2 gramów tłuszczu, skóra dzieci wydziela go stosunkowo nieco mniej. Zwiększone podawanie tłuszczów lub węglowodanów nie wpływa na zwiększenie się wydzieliny, wpływa natomiast podniesiona ciepłota otoczenia, zimno zaś tamuje wydzielanie się treści gruczołów łojowych. Autor tłomaczy sobie pokrywanie się skóry tłuszczem, pochodzącym z gruczołów łojowych, jako ochronę przed drobnoustrojami. Przy trądziku zwyczajnym występujące zawsze znaczniejsze wydzielanie się tłuszczu uważa autor za samoobronę ustroju, a nie za przyczynę trądzika. U ludzi cierpiących na cukrzycę ilość wydzielanego tłuszczu jest znacznie mniejsza od prawidłowej. H. L. Weber.

Cronquist. **Leczenie poronne wiewióra, w szczególności tylnej części cewki.** (Archiv f. Derm. u. Syph. t. 114). Autor uzyskiwać miał 100% wyleczenia poronnego wiewióra tylnej części cewki, jeżeli leczenie, polegające na przepłukiwaniach, podanych przez Janeta, rozpocznie się natychmiast po stwierdzeniu zajęcia tylnej części cewki. Do przepłukiwań, które stosuje dwa razy dziennie, używa C. nadmanganianu potasu w rozczynie 1 : 10000 - 6000. Przy leczeniu poronnem wiewióra przedniej części cewki poleca 2% rozczyn albarginy, wstrzykiwany również dwa razy dziennie. Warunkiem wyleczenia jest i tutaj jak najwcześniejsze rozpoczęcie leczenia. H. L. Weber.

Hügel. **Przyczynek do leczenia przetworami antymonu spraw chorobowych, wywołanych krętkami lub świdrowcami.** (Archiv f. Derm. u. Syph. t. 118). Wyniki lecznicze, które w ostatnich czasach zdołano osiągnąć zapomocą połączeń arsenu, naprowadziły autora na myśl, czyby podobne połączenia pokrewnego ciała, jakiem jest antymon, nie działały w pewnych chorobach również dobrze, jeżeli nie lepiej. Połączenia, jak atoksyl i salwarsan, w których grupę arsenu podstawiono antymonem, okazały się bezwartościowemi lub daleko niżej od tamtych stojącemi, natomiast pewne inne organiczne połączenia antymonu, stosowane u zwierząt, dały autorowi nienajgorsze wyniki i zachęcają do dalszej pracy. Przetwory te, stosowane u ludzi dotkniętych kiłą, nie dały zadowalniających wyników. H. L. Weber.

Haslund. **Leczenie chorób skórnych śniegiem kwasu węglowego.** (Archiv f. Derm. u. Syph. t. 118). Zdaniem autora przy leczeniu śniegiem kwasu węglowego bardzo wdzięczne wyniki dają liszaj rumieniowaty, znamiona, brodawki skórne, a w szczególności trądzik różowaty (acne rosacea), natomiast nabłoniaki, toczeń i łuszczyca do tego leczenia się nie nadają. H. L. Weber.

Boas i Ditlevsen. **Badania odczynu luetynowego Noguchiego.** (Archiv f. Derm. u. Syph. t. 116). Po wstrzyknięciu podskórnem luetyny (czystej hodowli krętków bladych, zabitych przez ogrzewanie w ciepłocie 60° przez przeciąg pół godziny, + 0·5% trikresolu) otrzymywali autorowie odczyn zawsze dodatni u chorych ze zmianami trzeciorzędnemi i obarczonych kiłą wrodzoną, natomiast chorzy ze zmianami pierwotnemi, kiłą drugorzędną i porażeniem postępowem okazywali odczyn dodatni jedynie w małym odsetku; dodatnio oddziaływało również 15 na 124 ludzi zdrowych, którym wstrzykiwano luetynę dla kontroli. Autorowie przypuszczają, że odczyn ten powstaje może z powodu odmiennej wrażliwości skóry u ludzi dotkniętych kiłą trzeciorzędną; w każdym razie są tego zdania, że odczyn luetynowy nie powinien być uważany za odczyn swoisty, gdyż podobny odczyn spostrzegali u kiłowych również po wstrzyknięciu np. dwoinek Neissera lub prątka okrężnicy (bacterium coli). H. L. Weber.

Okulistyka.

Aurand. **Czynne cofanie się gałki ocznej z równoczesnem mrużeniem powiek, oraz porażeniem akomodacyi.** (Rèvue gén. d'opht. 1912, Nr 11) Chory 35-letni okazywał zaburzenia ruchomości na oku lewem,

istniejące od urodzenia. Przedstawiały one typowy obraz kliniczny, znany dopiero od lat niewielu, a mający za podstawę anatomiczną wrodzony brak mięśnia prostego zewnętrznego, którego miejsce zajmuje łącznotkankowe, włókniste i zupełnie niepodatne więzadło. Ten stan rzeczy sprawia zupełne zniesienie ruchomości ku skroni, a równocześnie następową bezsilność dobrze zresztą rozwiniętego mięśnia prostego wewnętrznego. Przy usiłowanej abdukcyi, t. j. przy skurczu tego mięśnia, gałka oczna nie może zwrócić się ku wewnątrz, lecz zostaje wciągnięta w głąb oczodołu. Równocześnie powieki przymykają się częściowo. W przypadku autora wszystkie te objawy występowały w wybitnym stopniu. K. W. Majewski.

Noiszewski. **Jaki wpływ wywiera wycinanie tęczówki na ciało rzęskowe?** (Postęp okul. 1912 Nr 12). Aby wyjaśnić zbawienny wpływ irydektomii przeciwjaskrowej, powołuje się autor na własne zapatrywania, jakie w swych dawniejszych pracach o jaskrze wyłuszczył. Zdaniem jego powiększenie ciśnienia śródocznego może być bezwzględne, albo względne. Bezwzględne zależy od czynników wewnątrz gałki i jest tak znaczne, że żadnej wątpliwości nie ulega. Względne powiększenie ciśnienia w gałce może być tylko dlatego uważane za nieprawidłowe, że jest wyższe od ciśnienia śródczaszkowego. Stąd to w przypadkach jaskry prostej napięcie śródoczne, wahające się w granicach 12—27 mm rtęci, a więc w granicach ciśnienia, które uznano za prawidłowe, jest dla oka szkodliwe i niebezpieczne jedynie dlatego, że ciśnienie śródczaszkowe jest jeszcze niższe. Tylko zachwianiem równowagi pomiędzy ciśnieniem w gałce, a pomiędzy ciśnieniem w czaszce dadzą się wytłómaczyć wszelkie postacie jaskry, do których powstania potrzebne są, względnie wystarczają tak rozmaite stopnie napięcia śródocznego. Pfluck wskazuje na niebezpieczeństwo poddawania uśpieniu skopolaminowo-morfinowemu osób, skłonnych do jaskry. Noiszewski twierdzi, że wpływa tu nie samo uśpienie, tylko przez nakłucie lędźwiowe chwilowe obniżenie ciśnienia w czaszce, wywołujące ostry napad jaskry. Powstanie jaskry prostej, nie zastoinowej, tłomaczy autor nie chwilowem, lecz stałem obniżeniem ciśnienia śródczaszkowego. Z tego powodu prawidłowy nawet ucisk śródoczny wystarcza, ażeby zagłębić brodawkę nerwu wzrokowego i doprowadzić do zaniku jego włókna. Bezwzględne powiększenie ucisku śródgałkowego, które znamionuje ostrą jaskrę zapalną, zależy w pierwszej linii od stanu narządu rzęskowego. Wycięcie tęczówki wywołuje częściowy zanik ciała rzęskowego. Doświadczenie uczy, że przy operacyi zaćmy u dzieci nie należy wykonywać irydektomii, bo częstokroć gałka oczna w następstwie wycięcia tęczówki pozostaje w tyle we wzroście, mięknie i pomniejsza się. Korzystny wpływ irydektomii w przypadkach jaskry zapalnej odnosi autor właśnie do tego zaniku ciała rzęskowego w części, odpowiadającej wyciętej tęczówce. Przypadki jaskry złośliwej, w której irydektomia zawodzi, a nawet wywołuje pogorszenie, tłómaczy N. nadmiernym zapalnym obrzękiem ciała rzęskowego, występującym wskutek operacyi.

K. W. Majewski.

Reis. **Określenie dojrzałości zaćmy starczej na podstawie biochemicznego odczynu soczewki.** (Postęp okul. 1912 Nr 6). Pojęcie dojrzałości zaćmy starczej jest głównie pojęciem klinicznem. Według obrazowego wyrażenia Arlta »zaćma taka leży w torebce, jak dojrzały owoc« i w tym okresie najłatwiej można ją wydobyć w drodze operacyjnej. Słusznie też zaznacza Landolt, że należałoby właściwie mówić nie o dojrzałości, ale o tem, czy zaćma nadaje się do operacyi. Badanie anatomopatologiczne schorzałych soczewek napotyka na wielkie trudności. Najpierw dlatego, że nie posiadamy dotychczas płynu utrwalającego, któryby nie zmieniał kształtu i objętości całej soczewki i poszczególnych jej włókien. Powtóre zaćmy, uzyskane do badania drogą operacyjną, najczęściej pozbawione są torebki, w której nabłonku zachodzą bardzo ważne i znamienne zmiany już w okresach początkowych. Dla określenia dojrzałości zaćm wyjętych posługuje się autor odczynem biochemicznym, mianowicie wprowadzonym przez Arnolda w r. 1910 odczynem cysteinowym w celu badania różnych ciał białkowych ustroju zwierzęcego. Autor rozciera części kory i jądra szpatułką na skrawkach bibuły, a po wysuszeniu w cieplarce zwilża kilkoma kroplami 5% nitroprusydku sodowego. Po dotknięciu tej roztartej warstewki pręcikiem szklanym, umoczanym w amoniaku, występuje w soczewkach prawidłowych bardzo wybitna barwa purpurowo czerwona. W miarę, jak się soczewka zaćmiewa, w częściach zmienionych nie występuje to zabarwienie purpurowe. Na podstawie licznych badań nad zaćmą starczą przekonał się autor, że zaćmę wówczas możemy uważać za zupełnie dojrzałą, gdy zarówno jej jądro, jak i kora, wykazują brak odczynu cysteinowego. K. W. Majewski.

Fox. **Nowsze operacye przeciw jaskrze.** (Ophthalmology, 1912 T. 19 Nr 1). Główną część swej pracy poświęca autor trepanacyi twardówki według metody Fergus-Elliota, zmienionej nieco przez siebie. Przed operacyą należy uzyskać możliwie znaczne zwężenie źrenicy zapomocą ezeryny, następnie po znieczuleniu gałki ocznej kokainą wycina się ponad rogówką szeroki plat spojówkowy w kształcie trójkąta wierzchołkiem zwróconego ku górze. Po należytem oddzieleniu spojówki od rogówki u podstawy płata, odwraca się płat ku dołowi i przystawia trepan Hippla o średnicy 1·5—2·0 mm do granicy rogówkowo-twardówkowej. Trepan puszczony w ruch wnet wycina okrągły otwór, a o tem, żeśmy już dotarli do przedniej komory, świadczy wytryskająca ciecz wodna, zmieszana zwykle z odrobiną krwi. Wycięty krążek twardówki zostaje zwykle w otworze trefiny, ale chociaż wpadnie do przedniej komory, to zdarzenie takie nie pociąga za sobą żadnych złych następstw. Jeżeli przez wycięty otwór wypada tęczówka, wystarczy zazwyczaj naciąć ją w kierunku południkowym. Gdy to nie pomaga, trzeba dodatkowo wykonać irydektomię. Wyniki ostateczne mają być na ogół zadowalniające.

K. W. Majewski.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie warszawskie

Posiedzenie kliniczne d. 28. X. 1913.

1) H. Higier przedstawił rodzinę z 4 osób, dotkniętych dysostozą i **myopatyą** typu Marie-Totha.

2) Kopczyński St. przedstawił przypadek **żebra szyjnego.**

3) Dyskusya nad odczytem Erbricha (z d. 21. XI.): **O stosunku przewlekłych zwykłych i ropnych zapaleń migdałów podniebiennych do niektórych cierpień narządów wewnętrznych, jakoteż do miejscowych cierpień gardła i samych migdałów.**

a) Srebrny twierdzi, że wyłuszczenie migdałków powinno być wykonywane jedynie wówczas, jeżeli związek pomiędzy cierpieniem migdałków, a chorobą wewnętrzną jest niewątpliwy. Dowodów tego związku w spostrzeżeniach prelegenta Sr. nie widzi, a wnioski wysnute z tych spostrzeżeń uważa za zbyt bezwzględne i śmiałe. Stosując operacyę powyższą od lat kilkunastu, Sr. za pierwsze wskazanie do niej uważał ropnie okołomigdałkowe i częste nawroty ostrego zapalenia mieszkowego migdałków. Następnie stosował Sr. wyłuszczenie, jeżeli każdorazowemu zapaleniu migdałków towarzyszyło obostrzenie istniejącego zapalenia nerek lub wsierdzia, jeżeli w razie nawrotu cierpienia stawów stwierdzał wyraźne zapalenie lub zaczerwienienie migdałków ze skargami na ból gardła, jeżeli kilkakrotnie po zapaleniu migdałków chory długi czas gorączkował; wreszcie wskazanie estetyczne stanowił cuchnący oddech, zależny

od czopów w migdałkach. Sr. zna przypadki, w których długotrwała gorączka, zwłaszcza u dzieci przy istniejących czopach w migdałkach, po pewnym czasie ustępowała bez zabiegu operacyjnego; tyczy się to również nawrotu cierpień stawowych. U śpiewaków radzi Sr. zachować ostrożność, gdyż po wyłuszczeniu migdałków głos się zmienia. Związek przyczynowy pomiędzy wyłuszczeniem migdałków, a zmniejszeniem się gruczołów na szyi w przypadku prelegenta wydaje się Sr. wątpliwym. Rozrywanie zrostów pomiędzy migdałkami a łukiem, jako metoda otwierania ropni okołomigdałkowych, już przed wielu laty podane zostało przez J. Killiana. Wyłuszczanie migdałków stosowane jest w Europie od lat kilkunastu przez Winklera i Srebrnego. Wreszcie uważa Sr., że używanie nitki zamiast kleszczy do wyciągania migdałków podczas operacyi nie zasługuje na miano metody operacyjnej, i że wprowadzona przez prelegenta »tonsillitis desquamativa chronica purulenta« jest nową nazwą oddawna znanej choroby, a podział na »tonsillitis desquamativa chronica purulenta et non purulenta« nieuzasadniony. — b) Szmurło przypomina, że przed 22 laty J. Czajkowski stwierdził niewątpliwy związek pomiędzy cierpieniami migdałków a gośćcem stawowym, zapaleniem nerek i wsierdzia. Na podstawie pracy anatomopatologicznej o migdałkach Sokołowskiego i Dmochowskiego, oraz własnych badań, nie może się Sz. zgodzić na nazwę użytą przez prelegenta »tonsillitis desquamativa chronica purulenta«, gdyż w sprawie tej przeważają liczebnie komórki złuszczone. Właściwie sprawę tę uważać należy za przewlekły ropień okołomigdałkowy. Wyłuszczania migdałków dokonywano już oddawna, a niebezpieczeństwo operacyi nie jest większe, niż przy zwykłem wycięciu migdałów. Zdanie prelegenta, że we wszystkich przypadkach objawów suchości w gardle, przyczyny szukać należy w chorych migdałkach, Sz. uważa za zbyt kategoryczne. — c) Bronowski S. nie zgadza się, aby migdałki były wrotami zakażenia ustroju; przeciwnie tkanka limfoidalna migdałków zatrzymuje zarazki i broni ustrój od zakażeń zbyt gwałtownych. Tak zwane naloty na migdałkach są to widoczne skutki odbytej, lub jeszcze trwającej walki z zarazkami. Dlatego B. uważa migdałki za narządy obronne ustroju. Sprawy chorobowe w stawach i t. d. nie są następstwem sprawy ropnej w migdałkach, lecz raczej umiejscowieniem tego samego ogólnego zakażenia. Twierdzenia prelegenta mogą być uzasadnione jedynie w tych przewlekle przebiegających przypadkach, w których ogniska zakażenia już wszędzie wygasły, a ropienie pozostało tylko w migdałkach i oczywiście może być źródłem nowych zakażeń. — d) Bondy zaznacza, że rozpoznanie powiększenia gruczołów oskrzelowych napotyka nieraz na trudności. B. stwierdzał nieraz, iż przypuszczalne powiększenie gruczołów oskrzelowych, wywołujących stałe podwyższenie ciepłoty, nie było niczem innem, jak przewlekłem schorzeniem migdałków. Dlatego też w przypadkach wątpliwych należy pamiętać o tem cierpieniu. — e) Szumlański przytacza przypadek, w którym po wycięciu migdałków wystąpiły objawy basedowizmu. — f) Landau A. zaznacza, że wycięcie migdałków, a więc nieznacznej ilości tkanki adenoidalnej, nie powinno na ustrój wywierać wpływu szkodliwego. — g) Rembieliński wyjaśnia, że we wspomnianym przez Szumlańskiego przypadku lekkie objawy basedowizmu istniały już wcześniej, po usunięciu zaś migdałków zaostrzyły się. — h) Srebrny zaznacza, że wyłuszczenie migdałków nie pozostawia w ustroju żadnych stałych braków, zachodzi tylko pytanie, czy ustrój, pozbawiony migdałków, nie zostaje zarazem pozbawiony narządów ochronnych w walce z chorobami zakaźnemi. — i) Higier wierzy na zasadzie własnych spostrzeżeń, że wyłuszczanie migdałków usuwa liczne sprawy septyczne, cuchnienie z ust i objawy odruchowe przyrody nerwowej. Nie jest wyłączone, że i pewne ostro powstające sprawy mózgowo-rdzeniowe niewiadomego pochodzenia biorą swój początek w migdałkach. — k) Pawiński na mocy własnego doświadczenia podziela w zupełności zapatrywania prelegenta co do chirurgicznych zabiegów w przypadkach przewlekłych ropni migdałków.

l) Erbrich odpowiada, że wogóle dyskusya w przemówieniach niektórych kolegów nie dotyczyła sprawy poruszonej przez prelegenta, nie chodzi bowiem o powikłania po zapaleniu gardła, t. zw. anginie, ale o zależność przewlekłych cierpień ogólnych ustroju i niektórych cierpień pojedynczych narządów od przewlekłego ropnego zapalenia migdałów, sprawy pierwszy raz tak nazwanej i wyodrębnionej, jako »tonsillitis chronica purulenta«, przez prelegenta. Za najgłówniejsze wskazania do wyłuszczenia migdałów podniebiennych uważa E. obecność ropienia w migdałkach, które wywołuje w następstwie wymienione w odczycie rozmaite cierpienia. Co się tyczy różnicy między wycięciem, a wyłuszczeniem migdałków i wskazań do tych operacyi, to E. zaznacza, że wycięcie jest-to usuwanie kawałka migdała, jako zawady u małych dzieci do prawidłowego oddychania, a wyłuszczenie jest to pozbycie się gruczołu chłonnego tak zmienionego, że zmiany w gruczole pociągają za sobą poważne cierpienia w ustroju. Operacyę wyłuszczenia słusznie nazwał E. metodą, bo jako taka upraszcza ona znacznie dotychczasowe sposoby operacyjne i zapobiega przytrafiającym się przy stosowaniu innych metod krwotokom

Tad. Borzęcki

Wydział lekarski Towarzystwa przyjaciół nauk w Poznaniu.

Posiedzenie z d. 4. IV. 1913.

1) Prezes Radca Dr F. Chłapowski przedstawia t. zw. **phlebostat** Liliensteina z Nauheim. Składa się on z dwóch opasek, zakładanych na ramię i nogę, które na pewien czas wyłączają te kończyny z obiegu krwi, przez co ułatwiają pracę serca. U chorych z niewyrównanemi wadami sercowemi wywołuje to ulgę. Natomiast u zdrowych lub w przypadkach nerwic sercowych zmiany nie można stwierdzić. Przyrządu można też używać jako tonometru.

2) Następnie referuje Radca Dr Chłapowski **o Zjeździe fizyoterapeutów** w Berlinie. Było na nim wielu znakomitych przedstawicieli Francyi; Polaków, jak zwykle, nie było. Wielkie wrażenie wywarł wykład Rolliera z Leysin, który w swych zakładach leczy 650 dzieci gruźliczych słońcem, i to z nadzwyczajnym skutkiem. Po niewielu miesiącach leczenia dzieci, przedtem wprost kaleki, mogły biegać nago na nartach. Rollier poleca także w nizinach stosować metodę naświetlania słońcem nago.

W dyskusyi a) kol. Gantkowski zwraca uwagę, że insolacyą już dawniej zajmowali się partacze; naukowo dopiero w ostatnich czasach stosuje się to postępowanie. — b) Kol. Pawlicki podnosi korzystne działanie promieni Roentgena na gruźlicę kostną i zwraca uwagę na badania kol. Jezierskiego nad działaniem światła. — c) Kol. Jezierski zdaje sprawę ze swych doświadczeń nad działaniem światła czerwonego oraz niebieskiego i pozafiołkowego. Światło czerwone wywołuje silniejsze przekrwienie tkanki, pobudza zabliźnienie, podnieca komórki do rozrostu. Natomiast niebieskie wywołuje silną leukocytozę, na nabłonki nie ma wpływu podniecającego.

3) Walne Zebranie naznaczono na 26. kwietnia. Jako nowych członków przyjęto: kol. Dymniskiego z Wiesbadenu i Klimkiewicza z Wronek. — Kol. Karwowski zwraca uwagę na zmianę napięcia w prądzie elektrycznym miejskim, która ma wielkie znaczenie dla kolegów, posiadających przyrządy elektryczne. Kol. Karwowski podjął w tym kierunku akcyę, by magistrat nie poszkodował lekarzy. — Kol. Rydlewski referuje o sanatoryum w Reinerz, które nadawałoby się dla kolegi Polaka. — Kol. Fr. Zakrzewski zachęca do udziału w Zjeździe internistów polskich. — Kol. Łazarewicz zachęca do prac do zeszytu jubileuszowego »Nowin lekarskich«.

4) Kol. Chłapowski: **O czuciu narządów wewnętrznych.** Od dziesięciu lat Szwed Lennander zajmuje się tą sprawą. Stwierdził on, że narządy wewnętrzne, zaopatrzone w nerwy układu wegetatywnego, nie mają czucia, natomiast otrzewna i część opłucnej mają czucie, jako połączone z włóknami mózgowordzeniowemi. Niezupełnie godzą się na zapatrywania Lennandra Wilms, Ritter, Prosping, oraz Nothnagel, który zwrócił uwagę na bardzo bolesne kolki. Z Polaków sprawą tą zajmowali się Higier, Chełmoński i Pieniążek. Zamiast zbytecznego forsowania psychoanalizy powinni uczeni zająć się raczej zgłębieniem tego właśnie bardzo ciekawego zagadnienia. A. Karwowski

Organizacya pracy lekarskiej w szpitalu im. Karola i Maryi dla dzieci w Warszawie

skreślił

Dr J. Brudziński

lekarz naczelny szpitala.

(Ciąg dalszy).

Życzliwa i światła pomoc internów niezbędna jest kierownikowi dla wtajemniczania się w całokształt życia instytucyi, oczywiście tego życia istotnego, związanego z zadaniami instytucyi. Nikt więcej, niż sumienny i światły intern, nie jest powołany do poznania tego życia, wczucia się w nie przez długotrwałe stykanie się z wszelkimi jego przejawami, nikt więcej, niż intern, nie jest zdolny do popychania wskazówek w tym zegarze instytucyi z minuty na minutę, ale też nikt przez nieudolność nie może tak niepostrzeżenie a szkodliwie zatrzymywać lub cofać wskazówek tego zegara, jak właśnie intern. Kierownik wyrobiony dostrzeże to wreszcie, ale naprawa wymaga niepotrzebnego nakładu energii, a szkoda w każdym razie już się stała. Interni przez życzliwe, umiejętne wtajemniczanie kierownika w te strony życia instytucyi, które z natury rzeczy jego oka uchodzą, wyświadczają rzetelną przysługę instytucyi, a i sami korzystają, uczą się bowiem wyrabiać zdanie o sprawach instytucyi pod szerszym kątem widzenia, wyrabiają się życiowo-lekarsko, co nada ich indywidualności cechy pewnej powagi w ujmowaniu spraw lekarskich, związanych z tętnem życia, i to już pozostanie ich trwałym i niezmiernie pożytecznym nabytkiem. Zycie lekarskie późniejsze, nieraz tak ciężkie, już ich swą małostkowością nie zgubi, powagą zło życia zwyciężą. Nie każdy może być dobrym internem, każdy dla własnej przyszłości winien starać się być ideałem interna, a gdy nie czuje się na siłach, niech ustąpi miejsca ludziom powołania. Interni więcej, niż ktokolwiek inny z personalu lekarskiego, powinni być otaczani staraniem kierownika szpitala, bo oni sami kształcąc się, dźwigają, z nim najbliżej związani, ciężar rozwoju instytucyi. Muszą też mieć zapewnione spokojne warunki pracy. Pierwszym warunkiem jest bezwzględne oddanie swych sił i czasu instytucyi i samokształceniu; życie praktyczne nie powinno na pewien przeciąg czasu obchodzić internów. Stąd wypływa warunek niezajmowania się praktyką lekarską na mieście, bez tego warunku nie można sobie wyobrazić racyonalnej pracy internów w szpitalu. Zgadza się to zresztą z ich własnym interesem. Kształcąc się, nie można, jako już niby wykształcony, udzielać porad lekarskich, nie dlatego jedynie, że mogą one być nieudatne, lecz najgłówniej dlatego, że mogą być przypadkiem udatne i mącą wtedy poważny, konsekwentny kierunek myśli młodego lekarza. W samej instytucyi interni nie powinni być przeciążani pracą, powinni mieć czas, poza obowiązkami domowego lekarza instytucyi, na kształcenie się poważne kliniczne i laboratoryjne, na wypełnianie swych wiadomości pracą w bibliotece, którą też mieć powinni na miejscu w szpitalu. W pracowni, w bibliotece, zwłaszcza, gdy ta jest blizko miejsca ich dyżurów, jak to jest właśnie w szpitalu im. Karola i Maryi, spędzać mogą interni długie godziny popołudniowe w dnie swych dyżurów. Interni powinni również zaprawiać się do samodzielnego piśmienniczego opracowywania materyału szpitalnego i pod tym względem powinni być zachęcani przez kierownika szpitala i znajdować u niego pomoc i ułatwienia.

W szpitalu Karola i Maryi internów będzie trzech. Po za obowiązkami w dnie dyżurów, jeden z nich pełnić będzie obowiązki asystenta oddziału chirurgicznego, drugi obowiązki asystenta oddziału chorób wewnętrznych, trzeci obowiązki asystenta oddziałów zakaźnych. W szpitalu dziecięcym rozkład pracy internów ma doniosłe znaczenie znowu ze względu na obawę zawleczenia zakażenia. Wyobraźmy sobie, że w dniu dyżuru interna chirurgicznego zgłasza się do przyjęcia w godzinach jego zajęć na oddziale, dziecko z chorobą zakaźną; pomimo przedsięwzięcia sumiennego odkażania rąk, powrót jego po krótkiej chwili na salę operacyjną do opatrunków lub do asysty przy operacyi czystej, nie może być uważany za bezwzględnie nie niebezpieczny. Dość przypomnieć sobie skłonność dzieci do zakażeń przyrannych, aby rozniecić w sobie obawę. Gdy szpital ma trzech internów, rozkład pracy jest zupełnie możliwy; na przeciąg danego półrocza interni przynależą do oddziałów chirurgicznego, wewnętrznego, zakaźnego, w następnem półroczu zamieniają się na oddziały i t. d. Tym sposobem przechodzą praktycznie całokształt pedyatryi, a dla życia wewnętrznego ma to znaczenie doniosłe. Intern oddziału zakaźnego w danem półroczu pracuje jako asystent na oddziale zakaźnym przez to półrocze, pełni dyżury 24-godzinne kolejno ze swymi kolegami, co trzeci dzień, ale o ile zgłasza się do przyjęcia przypadek zakaźny w godzinach wizyt lekarskich na oddziałach (9—12 rano), załatwia on formalności przyjęcia codzień bez względu na to, czy to dzień jego dyżuru. Intern oddziału zakaźnego wynagrodzi sobie czas na to zajęty w następnem półroczu, a tym sposobem nietylko dwaj jego koledzy spokojnie mogą korzystać na swych oddziałach podczas wizyt ordynatorskich, ale unika się zawleczenia zakażenia na oddziały niezakaźne, zwłaszcza chirurgiczny. W godzinach popołudniowych nawet przypadki zakaźne przyjmuje intern dyżurny w danym dniu. Wizytacye popołudniowe na oddziałach (o godz. 5) odbywają interni, których dyżur danego dnia przypada, rozpoczynając od oddziału chirurgicznego, potem wizytują oddział chorób wewnętrznych z poddziałami jego — salą zakażeń jelitowych, salką gruźliczą, salką niemowląt, następnie oddział obserwacyjny, potem zapasowy (błoniczy), a dopiero na końcu oddział płoniczy. Wizytacya

Naturalna
Szczawa Bilińska
Najobfitsza alkaliczna
(sód-lit) szczawa
Czech.
143

internów poza informowaniem się pielęgniarki o stanie chorych dzieci i daniem jej wskazówek leczniczych, które muszą uledz zmianie wskutek pogorszenia się lub odmiany stanu chorego, czy też muszą być nanowo dane u chorych przyjętych popołudniu, powinna polegać na codziennych oględzinach każdego chorego co do możliwości choroby zakaźnej (oględziny jamy ustnej, gardła, skóry). Intern oddziału chirurgicznego, który w dniu swego dyżuru przyjmował popołudniu chorych zakaźnych i odbywał wizytacyę popołudniową oddziałów zakaźnych, nie może w dniu tym robić na oddziale chirurgicznym żadnych opatrunków, ani zabiegów. Rano przed udaniem się na oddział chirurgiczny w dniu po dyżurze intern powinien dokonać dokładnego osobistego odkażenia. W dniu dyżuru każdy z internów powinien przed udaniem się na spoczynek wizytować oddziały dla porozumienia się co do stanu chorych dzieci z dozorczyniami nocnemi każdego oddziału. W dniu dyżuru lekarz intern punktualnie o godz. 8 rano rozpoczyna pobieżną wizytacyę oddziałów, z uwzględnieniem tylko przypadków ciężkich i podejrzanych. Wizytacye ranne i popołudniowe internów oprócz wymienionych wyżej zadań powinny mieć na celu i przyjrzenie się całej działalności oddziału w chwili wizytacyi. Uwagi swe podają interni lekarzowi naczelnemu. Stosunek internów i całego personalu lekarskiego do personalu pielęgniarskiego powinien być pełen taktu i powagi; podczas spełniania swych czynności na oddziałach interni i inni lekarze nie powinni ani rozpoczynać, ani brać udziału w rozmowach, nie tyczących się chorych i życia oddziału.

Organizacya oddziałów. Trzy oddziały szpitala im. Karola i Maryi — oddział chorób wewnętrznych, chirurgicznych i zakaźnych — mają na czele ordynatorów. W spra-wach administracyjnych wszyscy ordynatorzy podlegają lekarzowi naczelnemu. Oddziały chorób wewnętrznych i zakaźnych tworzą całość nietylko pod względem administracyjnym, lecz i pod względem lekarskim. Lekarz naczelny, który jest zarazem ordynatorem oddziału wewnętrznego z poddziałami: niemowlęcym, gruźliczym, chorób jelit i obserwacyjnym, odbywa wraz z całym personalem lekarskim raz na tydzień również wizytacyę oddziałów zakaźnych. Prowadzi oddziały zakaźne ordynator, który ma do pomocy asystenta eksterna z charakterem i tytułem pomocnika ordynatora na oddziale płoniczym; na oddziale błoniczym stałym asystentem jest intern »zakaźny« danego półrocza. Na stacyi obserwacyjnej stałym asystentem jest asystent ekstern, należący do oddziału chorób wewnętrznych. Na oddziale chorób wewnętrznych stałymi asystentami są: intern »wewnętrzny« danego półrocza i lekarz prowadzący pracownię, do którego należy oddział chorób jelit lub oddział niemowląt. Ordynator ambulatoryjny dla utrzymania związku ściślejszego z oddziałami szpitalnymi należy również w charakterze eksterna, prowadzącego łóżka, do oddziału chorób wewnętrznych, — dostaje do prowadzenia na zmianę oddział chorób jelit, oddział niemowlęcy, oddział gruźliczy lub 4 łóżka na sali ogólnej chorób wewnętrznych. Dla utrzymania związku z ambulatoryum, ordynator ambulatoryjny i lekarze specyaliści przedstawiają w soboty co dwa tygodnie ciekawsze pod względem rozpoznawczym lub leczniczym przypadki całemu personalowi lekarskiemu szpitala. Ordynator ambulatoryjny ma stałego pomocnika w ambulatoryum. Intern »wewnętrzny« ma obowiązek opisywania nowych chorych na oddziale chorób wewnętrznych, na łóżkach, które nie należą do wyżej wymienionych pomocników oddziału wewnętrznego. O ile na stacyi obserwacyjnej nie ma chorych, pomaga mu w tem asystent ekstern, który ma na stałe przydzieloną stacyę obserwacyjną. Ordynator oddziału chorób wewnętrznych odbywa wraz ze swymi pomocnikami wizytacyę chorych nowych codzień. Stan chorych tych, o ile przyjęci zostali dnia poprzedniego, powinien być przed wizytą ordynatora opisany na karcie szpitalnej. Podczas wizyty codziennej ordynator dla wyrobienia samodzielności w lekarzach prowadzących łóżka uwzględnia chorych, przebywających już dawniej na sali o tyle, o ile wymaga tego stan chorego, wtajemnicza się jednak obowiązkowo w stan i wyniki lecznicze u wszystkich chorych dwa razy na tydzień, podczas ogólnej wizyty ordynatorskiej. O ile ordynator przekonywa się, że któryś z pomocników nieodpowiednio obsługuje powierzonych jego pieczy chorych, cofa na pewien czas dane pozwolenie i poleca mu inne czynności pomocnicze. Lekarze prowadzący łóżka obowiązani są dokonywać wszelkich badań pomocniczych klinicznych i pracownianych, czy to z własnej inicyatywy, czy na zlecenie ordynatora. U każdego nowoprzybyłego chorego powinien być zbadany mocz w pracowni; dalsze badanie zależy od pierwszego badania i dalszego przebiegu. Pierwsze badanie powinno być całkowite. U każdego nowoprzyjętego na oddział wewnętrzny dziecka powinna być zbadana wydzielina z nosa i z gardła pod względem prątków błonicy, a w czasie epidemii i co do meningokoków, a to dla wykrycia roznosicieli zarazków (porteur de bacilles). Badania te, jako obowiązkowe i odpowiedzialne, należą do lekarza prowadzącego pracownię, któremu intern podaje do wiadomości nazwiska nowych chorych codzień rano i popołudniu. O ile dziecko przyjęto popołudniu w nieobecności lekarza prowadzącego pracownię, intern dyżurny szczepi na podłożu wydzielinę z nosa i z gardła i wstawia do cieplarki. Bada i odpowiedź daje sam kierownik pracowni.

(Dok. nast.).

I. Zjazd higienistów polskich we Lwowie.

Odroczony w roku 1913 I. higienistów polskich odbędzie się we Lwowie nieodwołalnie w dniach od 19. do 22. lipca 1914. roku.

Wśród licznych zagadnień zdrowotnych, jakiemi zająć się ma Zjazd, wysunięto na pierwszy plan jako bezpośreduio aktualne, dotyczące wszystkich ziem polskich, następujące tematy: Walka z gruźlicą. — Śmiertelność dzieci. — Sposoby krzewienia higieny wśród ludu. — Sprawa wychowania fizycznego.

Szczegółowy program po ustaleniu referatów w możliwie najkrótszym czasie podany będzie do publicznej wiadomości.

Wszelkich wyjaśnień udziela sekretarz Zjazdu Dr. Bronisław Kaczorowski, Lwów, Małeckiego 5.

Za Komitet gospodarczy: Prof. Dr. K. Panek.

Konkurs »Przeglądu lekarskiego«

Redakcya »Przeglądu lekarskiego« ogłasza podobnie, jak w latach poprzednich, konkurs na sprawozdanie poglądowe, przedstawiające współczesny stan któregokolwiek z zagadnień, będących na dobie w medycynie. Sprawozdanie nie powinno przekraczać jednego arkusza druku.

Za najlepsze sprawozdanie, wydrukowane w »Przeglądzie lekarskim« w ciągu roku 1914, przyznane zostaną nagrody, na które przeznaczono 200 koron.

Przyznanie nagród nastąpi w ciągu stycznia 1915.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło 14. I. 1914 posiedzenie, na którem Zarząd Towarzystwa zdał sprawę ze swych czynności w r. 1913.

— Prof. Dr. Stanisław Domański otrzymał tytuł i charakter profesora zwyczajnego.

— Doc. Dr. Józef Latkowski został mianowany prymaryuszem oddziału chorób wewnętrznych w Krajowym szpitalu św. Łazarza.

— Walne Zgromadzenie Krajowego Związku lekarzy odbędzie się w Krakowie w niedzielę d. 18 stycznia 1914 o godz. 5 popołudniu w Domu lekarskim.

— Dyplom doktorski uzyskał p. Stanisław Julian Kłosowski, rodem z Sądowej Wiśni.

— Do Towarzystwa lekarskiego krakowskiego nadeszło na ręce prof. dr. Ciechanowskiego pismo następujące, zredagowane po polsku:

»Szanowni Koledzy! Podpisana Redakcya jedynego lekarskiego czasopisma słowiańskiego na południu zwraca się do Was z prośbą o przystąpienie do koła naszych współpracowników. Nasz młody jeszcze lekarski ruch naukowy liczy na pomoc swych starszych siostrzyc słowiańskich. Nasz świat wiedzy i nauki starał się zawsze utrzymywać przyjazne stosunki z przodownikami wiedzy innych narodów, co nam się dotychczas najwięcej szczęściło u Czechów. Namby jednak niezmiernie wiele zależało na pozyskaniu szeregów polskich współpracowników i uczonych, ażeby oni swą obszerną wiedzą i polotem myśli wskazali nam nowe nieznane tajniki wiedzy, ażeby nam odkryli nowe drogi badań naukowych. Zwracamy się przeto do wszystkich kolegów zawodowych po piórze, ażeby zechcieli uwzględnić nasz odzew i posłali nam choćby najmniejszą pracę dla naszego pisma lekarskiego. Wdzięczni za wszystkie dary, z wyrazami wysokiego poważania. Redakcya Liječničkog Vijesnika w Zagrzebiu«.

Prosząc wszystkie pisma lekarskie polskie o powtórzenie tej odezwy jedynego czasopisma lekarskiego, jakie w trudnych nadzwyczaj warunkach wydają koledzy Chorwaci, nadmieniamy, że adres jego Redakcyi opiewa: Uredništwo Liječničkog Vijesnika, Zagreb, Bregovita ul. br. 2.

— Dr. medycyny, Polak, może otrzymać roczną posadę lekarza asystenta w jednym z większych zakładów psychiatrycznych, w Szwajcaryi. Pensya 2000 K rocznie i całkowite utrzymanie. Zgłoszenia należy kierować pod adresem: Kraków. Klinika neurologiczno-psychiatryczna. Prof. Dr. Piltz.

— Otrzymaliśmy następującą wiadomość:

»Ministerstwo spraw wewnętrznych przesłało na ręce Dra Jana Landaua jako prezesa subwencyę w kwocie 300 koron dla Towarzystwa »Nadzieja« »w uznaniu działalności Tow. w zwalczaniu gruźlicy wśród młodzieży«.

— Otrzymujemy następującą wiadomość:

»Kursa dla lekarzy, urządzonę staraniem grona prymaryuszy Szpitala krajowego we Lwowie w czasie od 11. do 20. grudnia, uwieńczone zostały zupełnem powodzeniem. Uczestników zgłosiło się 52, w tej liczbie 28 zamiejscowych, jużto lekarzy szpitalnych, jużto okręgowych, lub lekarzy praktykujących z różnych stron kraju, nadto 6 kolegów z za kordonu. Otwarcie kursu odbyło się w sali wykładowej Szkoły położnych, przyczem dyrektor szpitala dr. Józef Starzewski wypowiedział słowo wstępne, podnosząc znaczenie tego rodzaju kursów, a prymaryusz dr. Lenartowicz wygłosił wykład inauguracyjny p. t.: »Zdobycze ostatniego 10-lecia w nauce o kile«. W niedzielę, 14. grudnia, jako dniu wolnym od wykładów, zwiedzono nowy Zakład krajowy dla chorób zakaźnych, jakoteż uzdrowisko ludowe przeciwgruźlicze w Hołosku Wielkiem, nadto w jednym z dni Zakład dla obłąkanych w Kulparkowie. Na zakończenie kursów odbyło się w sali hotelu francuskiego zebranie koleżeńskie, na którem na wniosek i życzenie uczestników postanowiono powtarzać kurs corocznie w tym samym terminie. **Najbliższy kurs we Lwowie odbędzie się zatem** w r. 1914, **w grudniu**, przed Świętami Bożego Narodzenia«.

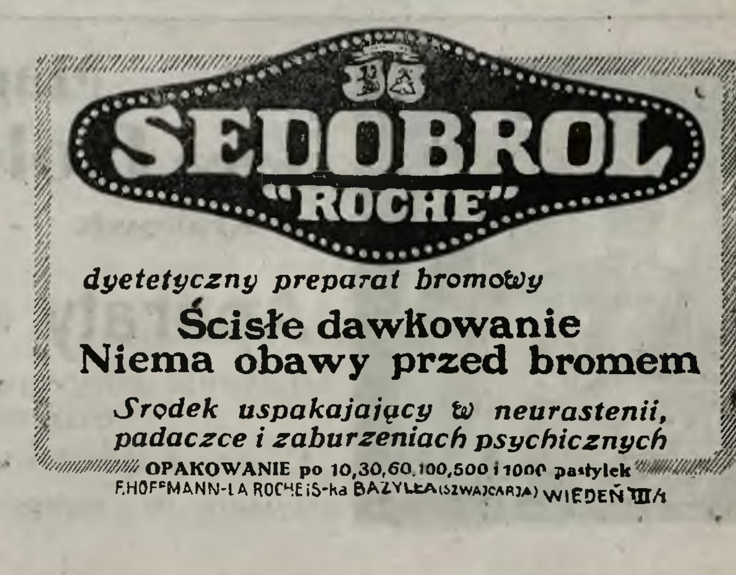
— Dr. Ignacy Rosner, były lekarz miejski we Lwowie, obchodził przed kilku dniami 50-letni jubileusz doktoratu. W dniu jubileuszu przybyły do mieszkania Jubilata z życzeniami deputacye Izby lekarskiej, Krajowej Rady zdrowia i miejskiego Urzędu zdrowia.

Czcigodnemu Jubilatowi przesyłamy ze swej strony serdeczne »Ad multos annos!«

— Pod tytułem »Zdrowe życie« wydawać rozpoczął we Lwowie dr. Juliusz Bandrowski miesięcznik popularny, poświęcony przyrodo-lecznictwu, zdrowiu moralnemu i higienie osobistej.« Pierwszy zeszyt oprócz słowa wstępnego zawiera artykuły dr. W. Miklaszewskiego: »Zmierzmy się«, dr. T. Mischkego: »Kultura woli wogóle, a bodźce i rodnie woli wykonawczej«, dr. Apol. Tarnawskiego: »Starość







Kanta i jego higiena wieku podeszłego z uwagami Hufelanda«.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 28. XII. do 31. XII. 1913 zgłoszono przypadków: błonicy — † — (obcych — † —), krztuśca 4 † 1 (— † —), ospy wietrznej 1 † — (— † —), płonicy 4 † 1 (1 † —), odry 19 † 2 (— † —), duru brzusznego — † — (— † —), róży 1 † 1 (1 † 1).

— Od 1. I. do 3. I. 1914. błonicy 1 † — (obcych 1 † —), krztuśca 1 † — (— † —), płonicy 15 † — (1 † 1), odry 5 † —, (— † —), duru brzusznego 4 † — (— † —).

Dr Janiszewski.

Warszawa. II Zjazd lekarzy prowincyonalnych Królestwa polskiego w Lublinie, połączony z obchodem czterdziestolecia Towarzystwa lekarskiego lubelskiego, trwać będzie od 31 maja do 2 czerwca b. r. włącznie.

— Towarzystwo lekarskie warszawskie wybrało na r. 1914 prezesem ponownie Dr J. Pawińskiego, sekretarzem Dr Wacława Dobrowolskiego, pomocnikiem sekretarza Dr T. Jaroszyńskiego.

— Warszawskie Towarzystwo otolaryngologiczne wybrało prezesem honorowym Dr Herynga, prezesem Dr Srebrnego.

— Przewodniczącym zebrań gastrologicznych w Towarzystwie lekarskiem warszawskiem wybrano Dr Rejchmana, przewodniczącym zebrań neurologicznych Dr Radziwiłłowicza, a dermatologicznych Dr Watraszewskiego.

— Na porządku dziennym posiedzenia Wydziału III Towarzystwa naukowego w d. 15. I. 1914 znajdowała się oprócz 13 komunikatów z zakresu nauk ścisłych, sprawa mianownictwa przyrodniczego.

— Monografia Dr Higiera p. t. »Viscerale oder vegetative Neurologie« (po polsku wydana w formie oddzielnych artykułów w czasopismach warszawskich), wyszła obecnie w tłumaczeniu angielskiem w Nowym Yorku.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 29. XII. 1913. do 5. I. 1914. przypadków: ospy 2 † 1, płonicy 5 † —. Dr Trenkner.

Odpowiedzialny redaktor:

Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 21. stycznia 1914 o godz. 6 wieczór w domu lekarskim** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym wykład prof. Dr Talko-Hryncewicza: Antropologia i jej stosunek do medycyny.

Po posiedzeniu doroczna wieczerza koleżeńska.

Walne Zgromadzenie Związku krajowego lekarzy Galicyi i WKs. Krakowskiego odbędzie się w Krakowie **w niedzielę dnia 18. stycznia 1914 r. o godzinie 5 popołudniu** w Domu lekarskim przy ulicy Radziwiłłowskiej l. 4. Porządek dzienny: 1) Odczytanie protokołu poprzedniego Walnego Zgromadzenia; 2) Sprawozdanie Wydziału; 3) Sprawozdanie Komisyi kontrolującej; 4) Wybór Zarządu na rok 1914; 5) Oznaczenie wysokości wkładki na rok 1914; 6) Wnioski Wydziału, wśród nich wniosek o zmianę stosunku do Związku państwowego organizacyi lekarskich w Austryi na wzór stosunku Organizacyi czeskiej; 7) Wnioski i zapytania delegatów.

Nadesłane.

NATURALNA SÓL SZPRUDLA
jest jedynie prawdziwą solą KARLSBADU
Zastrzega się przed falsyfikatami
147

HUNYADI JÁNOS
GORZKA WODA NATURALNA
NAJLEPSZY ŚRODEK CZYSZCZĄCY
ZWRACAĆ UWAGĘ NA FIRMĘ ANDREAS SAXLEHNER NA KAŻDEJ ETYKIECIE

Dr Bronisława Korabczyńska
kierowniczka zakładu radiologicznego szpitala św. Łazarza w Krakowie
otworzyła 294
zakład rentgenowski dla dyagnostyki i terapii
przy ul. Karmelickiej 20 l. — Godziny ordyn. 3—5 popoł.

MATTONI'EGO SÓL MUŁOWA

z leczniczego mułu Soos pod Franzensbadem. :: Naturalne zastępstwo kąpieli mułowych w domu. Zastosowanie podług przepisu lekarskiego. Żądać zawsze MATTONI'EGO SOLI MUŁOWEJ.

Szczawa Krondorfska uznana za najlepszą i naturalną.
Najlepsze skutki w nieżytach żołądka i pęcherza, jakoteż dróg oddechowych. 205
Prospekty rozsyła na żądanie Brunnen-Unternehmung Krondorf bei Karlsbad lub też Generalna reprezentacya dla Galicyi i Bukowiny, Kraków, Grodzka 48. Lwów, Sykstuska 31.


Magazyn Medyczny
Dra Bolesława Drobnera
w Krakowie - - - - - - - - - - - - - Tel. 2059
poleca 204 a
Aparaty do fizykalnej terapii.
(Leczenie gorącem powietrzem, światłem, prądem elektrycznym, ciepłem, zimnem) (termofory, chłodniki).
Cenniki illustrowane przesyła się darmo i opłatnie.
Aparaty do ciepłego powietrza i aparaty indukcyjne wypożycza się.

Rok LIII. Kraków, dnia 24 stycznia 1914. Nr 4.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z zakładu rentgenowskiego Dra Zygmunta Steuermarka w Krakowie.

Nowe metody leczenia nowotworów za pomocą promieni Röntgena.

Napisał

Dr Zygmunt Steuermark.

(Odczyt na posiedzeniu Tow. lekarskiego w Krakowie d. 12 listopada 1913)

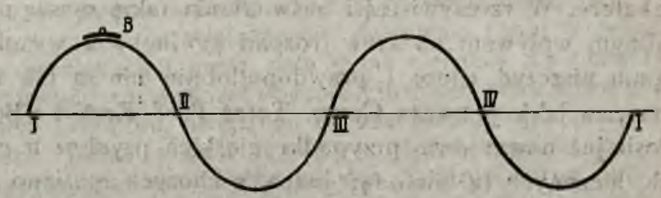
(Dokończenie).

Maszyna Dessauera zbudowana jest na zupełnie innej zasadzie; tutaj nie komutuje się fazy ujemnej na dodatnią, lecz z prądu, wypływającego już z transformatora, przez odpowiednie urządzenie włącznika i ustawienie kabłąków wobec siebie odcinamy niejako te części pojedynczych faz, które posiadają najwyższe napięcie B (Fig. 6) i z których się rodzą następnie promienie wyłącznie twarde, miękkich zaś wogóle nie wytwarzamy.

Reszta prądu zostaje zdławiona w opornicy. Przy odmiennem ustawieniu kabłąków B (Fig. 6) możemy resztą prądu obdzielić jeszcze 3 lampy; w sumie więc możemy równocześnie pędzić 4 lampy, z których każda dostaje po 25 impulsów na sekundę (fig. 5a). Każda z tych czterech lamp może być użyta oddzielnie bez względu na stopień jej twardości. W rzeczywistości wtedy, gdy jedna z nich świeci, inne gasną, pomimo to otrzymujemy wrażenie, jakoby wszystkie cztery świeciły bez przerwy równocześnie, a to dlatego, że pojedyncze błyśnięcia tak szybko po sobie następują, iż na siatkówce wywołują obraz trwałego świecenia. Zapomocą bardzo zwykłego mechanizmu sznurowego możemy dowolną lampę wyłączyć i świecić tylko pozostałemi; prąd, który dotychczas do niej dopływał, płynie do opornicy, a przyrząd pracuje w dalszym ciągu bez przerwy.

W ten sposób możemy naświetlać równocześnie dwóch, trzech, a nawet i czterech chorych, każdego przytem w innej sali; możemy przez blizkie ustawienie lamp obok siebie naświetlać ogniem krzyżowym jednego chorego, nawet z kilku stron, n. p. z góry i z dołu, lub z przodu i z tyłu. Możemy przy odpowiedniej konstrukcyi jednej lampy, która właściwie jest lampą podwójną, z każdej jej połowy przez różne odcinki skóry puszczać dwa snopy promieni, które w głębi skrzyżują się w nowotworze.

Ponieważ każda lampa ma swój milliampèremetr (E. fig. 4), możemy mierzyć z osobna prąd, dochodzący do każdej lampy. Możemy bez przerywania prądu jedną lampę wyłączyć dla zmiany w niej wody chłodzącej antykatodę, lub też dla zastąpienia jej inną lampą, gdy ona nadmiernie się rozgrzeje. Ponieważ każda z lamp dostaje bardzo krótkotrwałe, lecz silne uderzenia i w sumie tylko 25 na sekundę, a nie 50 lub 100, jak w przyrządzie zwanym »Ideal«, przeto rozgrzewa się bardzo mało, a zarazem działanie jej w głąb jest bardzo silne.



Ryc. 6

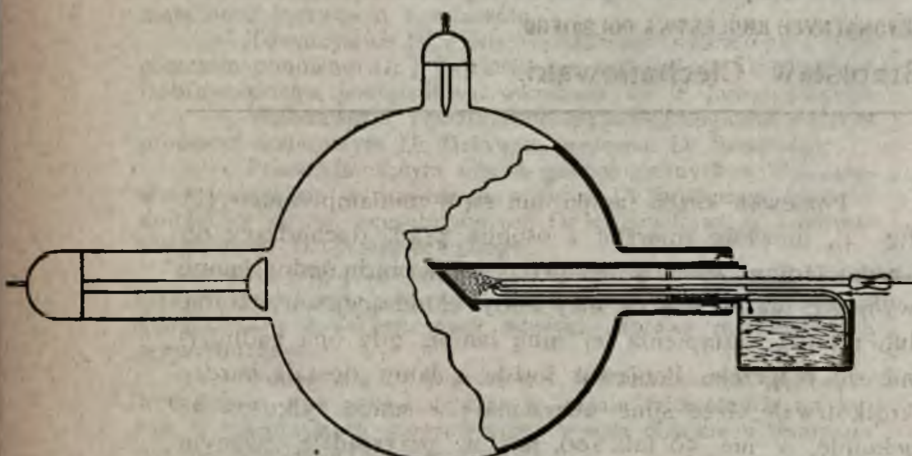
Krzywa prądu zmiennego w maszynie Dessauera.

Maszyna Dessauera w połączeniu z lampami Amrheina (fig. 7) daje tak wielkie ilości promieni twardych, że jak wykazały próby w klinice Sellheima, można pod filtrem grubości 3 mm w ciągu 10 minut z oddalenia 15 cm. przy obciążeniu maszyny 10 amperami, a lampy 4·5 MA uzyskać do 120 x! (fig. 8).

Jestto wynik, którego żadnym dotychczas istniejącym przyrządem nie dało się osiągnąć; praktyka odnosi z tego ulepszenia niezwykłe korzyści. Rzecz jasna, że tak wielkich ilości nikt nie odważyłby się stosować na jedno miejsce, gdyż możnaby tą masą promieni wywołać niebezpieczną dla życia martwicę tkanek w znacznej głębokości. Przypadki takie niestety zdarzały się już w klinice berlińskiej Prof. Bumma, gdzie jedna chora zmarła z powodu martwicy ściany pęcherza, a druga z powodu zgorzeli w jamie brzusznej, sięgającej aż do kości krzyżowej!

Toteż korzyść i postęp leży gdzieindziej: jeżeli wymagania nasze ograniczymy do 20 x, to poświęcimy na ten cel tylko 2—3 minut, a jeśli idzie n. p. o konkretny przypadek naświetlań włókniaków macicy, to przy wyborze 20—25 bram możemy z całą seryą uporać się w ciągu niespełna godziny. Do tego samego celu dochodzimy innymi przyrządami dopiero po 6—10 godzinach, i tu leży właściwy postęp wynalazku Dessauera. Naświetlania ginekologiczne według Gaussa odbywają się zazwyczaj w ten spo-

sób, że chora przez dwa dni po 5 godzin dziennie leży pod lampą wśród huku przerywaczy, trzasku iskier, w atmosferze, przesyconej elektrycznością o wysokiem napięciu, oraz mnóstwem błąkających się promieni Röntgena wtórnych, trzeciorzędnych i t. d., nie mówiąc już o wprost nieznośnej, duszącej woni ozonu, którą napełnione jest powietrze w sali. Sam Gauss i jego zwolennicy podają, że chore ich po pewnym czasie popadają w stan pewnego odurzenia (t. zw. »Röntgenrausch«), po którem przychodzi ogromne wyczerpanie i osłabienie, nazwane przez niego »Röntgenkater«.

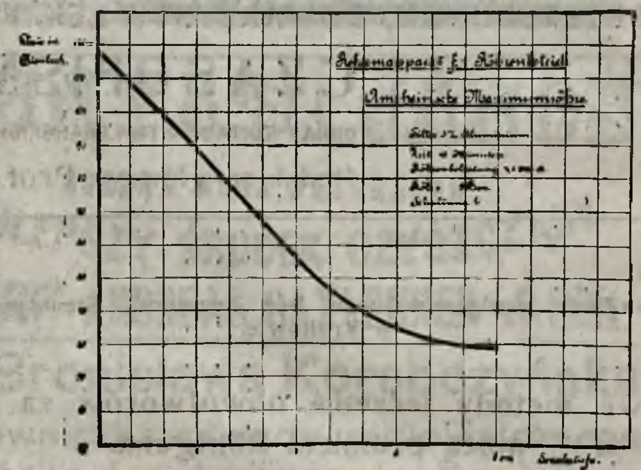


Ryc. 7.
Lampa Amrheina.

W rzeczywistości naświetlania takie muszą poza zgubnym wpływem na krew (rozpad krwinek) w wysokim stopniu niszczyć chore i prawdopodobnie nie są tak niewinne, za jakie je uważa Gauss. Toteż Prof Krause z Bonn ogłosił już nawet dwa przypadki ciężkich psychoz u chorych, leczonych tą metodą; jedną z chorych musiano następnie przenieść do zakładu obłąkanych. Niebezpieczeństw tych niema przy maszynie Dessauera. tem bardziej, jeżeli naświetlanie wszystkich bram rozdzielimy na 3 lub 4 dni; wtédy zupełnie bez najmniejszej obawy możemy chorych niszych poddać leczeniu twardymi promieniami i stosować nawet tak wielkie dawki, jakie zalecają Gauss, Bumm, Sellheim i cała szkoła francuzka.

Na jeszcze jeden, zdaniem mojem niezwykle ważny szczegół chciałem zwrócić uwagę. Z roku na rok powiększa się liczba ofiar promieni Röntgena pomiędzy samymi lekarzami; są to ofiary, rekrutujące się jeszcze przeważnie z tych czasów, kiedy środki ochronne, zabezpieczające lekarzy, mało stosowano i przeważnie lekceważono. Dzisiaj dopiero ponoszą ci lekarze konsekwencye swej lekkomyślności, z jaką narażali się zbyt często przed laty na bezpośrednie działanie promieni. Ówczesnego jednak niebezpieczeństwa nie można nawet porównać z ryzykiem obecnem przy tej nowej metodzie leczenia. Przebywanie codziennie przez szereg godzin w wymienionych wyżej warunkach, w małych, zaciemnionych, licho najczęściej przewietrzanych salkach, mieszczących się nieraz w suterenach, jak się to niestety utarło w wielu zakładach, kryje wielkie niebezpieczeństwo na przyszłość; kierownicy zakładów są niewątpliwie odpowiedzialni za zdrowie swych pracowników, tem bardziej, że dla własnego bezpieczeństwa posługują się nieraz osobno tylko do tego wykształconemi siostrami i asystentkami. Tego ryzyka niema i dla lekarza i dla personalu pomocniczego przy maszynie Dessauera, gdyż przy wielkim nawet ruchu chorych, pracując równocześnie jednym tylko przyrządem, ale czterema lampami, w ciągu jednej godziny naświetlić można 16 chorych, licząc dla każdego po 15 minut.

Uproszczenie więc całej pracy i skrócenie czasu, przez który lekarz lub jego asystenci przebywać muszą wśród tych niehigienicznych warunków, jest bardzo znaczne.



Ryc. 8.
Krzywa dawek wykazanych zapomocą maszyny Dessauera i lampy Amrheina w rozmaitych głębokościach pod powierzchnią skóry.

To też wynalazek Dessauera poza wieloma praktycznemi zaletami, które ocenić i z wdzięcznością przyjąć musi w swej pracy codziennej każdy rentgenolog, jest bardzo wielkim zasadniczym postępem i wprowadzić powinien nową erę w rentgenoterapii nowotworów.



Ryc. 9.
Lampa Mayera-Sellheima.

Dalszem udoskonaleniem, nie wprowadzonem jednak jeszcze dotychczas w praktykę, jest lampa Mayera-Sellheima.

Posiada ona antykatodę, będącą zarazem filtrem, osadzoną w stożkowatej nasadce, którą wprowadzić można do wnętrza nowotworu, do jamy ust. do pochwy lub kiszki stolcowej. W ten sposób zbliżyć można źródło tych twardych i filtrowanych już promieni do ogniska chorobowego, jak się to dzieje przy naświetlaniach radem, lub mezotorem; lampa ta będzie więc mogła zastąpić przetwory promieniotwórcze, o ile rzeczywiście dalsze doświadczenia, przy jej pomocy wykonane, wypadną pomyślnie.

(Po wykładzie nastąpiły projekcye 22 diapozytywów dla objaśnienia głębokich naświetlań, oraz uzyskanych wyników leczniczych).

Piśmiennictwo. 1) Blumental: Der gegenwärtige Stand der Behandlung bösartiger Geschwülste. Berl. klin. Woch. Nr 42 i 43 z r. 1913. — 2) Pinkus i Kloninger: Zur Vaccinationsterapie des Krebses. Berl. klin. Woch. Nr 42, 1913. — 3) Lunckenbein: Die Autolysatbehandlung des Krebses. Münch. med. Woch. 1913. — 4) Werner: Die Radioterapie der Geschwülste. Strahlenterapie 1913, t. II. — 5) Gauss u. Lembcke: Röntgentiefenterapie, 1912. — 6) Gauss: Gynäkologische Tiefenterapie. Strahlenterapie. 1913, t. II. — 7) Regaud, Nogier: Die Einwirkung hoher x-Strahlendosen. Strahlenterapie, 1913, t. II. — 8) Christoph Müller: Die Krebskrankheit und ihre Behandlung mit Röntgenstrahlen und hochfrequenter Elektricität. Strahlenterapie 1913, t. II. — 9) Dessauer: Die physikalischen und technischen Grundlagen der Tiefenbestrahlung. Strahlenterapie 1912, t. I. — 10) Dessauer: Der Wechselstrom — Reform-Röntgenapparat. Zentralblatt für Röntgenstrahlen, Radium und verwandte Gebiete, 1913, t. IV. — 11) Dessauer: Versuche über die harten Strahlen. Münch. med. Woch. 1913. — 12) Werner: Über die chemische Imitation der Strahlenwirkung, Strahlenterapie 1912. — 13) Nagelschmidt: Lehrbuch der Diatermie. — 14) Christoph Müller: Die Röntgenbehandlung maligner Tumoren. Strahlenterapie 1913, t. III. — 15) Kroemer: Über die Einwirkung der Röntgen- u. Mesothoriumstrahlen auf maligne Neubildungen der Genitalien Strahlenterapie, t. III. — 16) Weitzel: Erfahrungen mit der Röntgentiefenterapie. Ibidem. — 17) Holzbach: Theoretisches u. Praktisches zur Röntgentiefenterapie. Ibidem. — 18) Schnée: Zur Technik der Tiefenbestrahlung. Fortschr. a. d. Geb. der Röntg. 1913, t. XX. — 19) Dessauer: Arbeiten auf dem Gebiete der Wechselstrommaschine und des Einzelschlages. Ibidem. — 20) Schmidt: Über die früher und heute erzielten Erfolge der Strahlenbehandlung bei tiefgelegenen Carcinomen. Ibidem. 1913, t. XXI. — 21) Christoph Müller: Tiefenbestrahlung und Diatermie. Ibidem.

Spostrzeżenia z praktyki.

Odra bez wysypki.

podał

Dr. J. Weinsberg.

Odra bez wysypki według Rollyego (Handbuch der inneren Medicin, herausgeg. von Mohr und Staehelin) należy do przypadków nader rzadkich, ale z pewnością spostrzeganych. Właśnie z powodu tej nadzwyczajnej rzadkości podaję niniejszy przypadek do wiadomości lekarzy, a to tem bardziej, że dotyczy mojego własnego dziecka, przezemnie zatem bardzo dokładnie spostrzeganego.

W dniu 18 grudnia 1913 r. wezwano mnie do dziecka, mieszkającego w tym samym domu, co i ja. Stwierdziłem bardzo wybitną i typową wysypkę odrową na twarzy i tułowiu. Wysypka wystąpiła poprzedniego wieczora prawie bez poprzedzających objawów nieżytowych. Z dzieckiem tem jeszcze 17/12 bawiło się czworo innych dzieci z trzech rodzin, między niemi moja siedmioletnia córka. W 9 względnie 10 dni po tej wspólnej zabawie, t. j. 26 grudnia, stwierdziłem u trojga z tych dzieci odrę, rozpoczynającą się u dwojga dzieci po bardzo nieznacznych objawach zwiastunowych i nieżytowych, w trzecim zaś przypadku przez trzy dni ciepłota ciała była dość wysoką, towarzyszył jej silny nieżyt spojówek, nieżyt nosa i oskrzeli, plamki Koplika bardzo wybitne, wreszcie dzień przed wystąpieniem bardzo obfitej wysypki skórnej — wysypka na całej prawie błonie śluzowej jamy ust i gardła.

Moja córka była, jak wspomniałem, czwartem dzieckiem, które narażone było na zakażenie się ze wspólnego źródła. Dnia 26 grudnia 1913 r. dziecko dostało gorączki (37·9°), zaczęło gwałtownie kichać, oczy łzawiły dość obficie, wystąpił suchy kaszel. Przedmiotowo stwierdziłem wyraźny nieżyt spojówek, nieżyt nosa, bardzo nieznaczne zaczerwienienie gardła. Gorączka z nieznacznemi wahaniami trwała tylko dwa dni, nieżyt nosa bardzo znacznie zmalał, nieżyt spojówek i suchy kaszel ustąpiły po dalszych dwóch dniach. Pomimo bardzo częstego i dokładnego poszukiwania nie udało mi się stwierdzić plamek Koplika.

Sądzę, że przypadek ten musi być uważany za odrę bez wysypki, a to z następujących powodów

1) Dziecko moje dotychczas nie przebywało odry;

2) miało bardzo dobrą sposobność zakażenia się, o czem świadczy wystąpienie typowej odry u trojga innych towarzyszów zabawy;

3) choroba u wszystkich dzieci, nie wyjmując mojego, wystąpiła po upływie typowego okresu wylęgania 9—10 dni;

4) u mojego dziecka powstały cechujące odrę objawy nieżytowe właśnie w tym krytycznym czasie.

Wobec niemożności stwierdzenia bakteryologicznego trudno innych dowodów dostarczyć na słuszność mojego przypuszczenia, ale zbieg okoliczności chyba całkiem stanowczo przemawia za trafnością rozpoznania.

Piśmiennictwo bieżące.

Okulistyka.

Genet. **Magnetyczne ziarna śrutu w oczodole. Wydobycie zapomocą elektromagnesu.** (Revue gén. d'opht. 1913 Nr 9). Ziarna śrutu bywają zazwyczaj lane z ołowiu, na który magnes nie ma żadnego wpływu. W niektórych okolicach jednak używają jako śrutu ziarn lanego żelaza. Dobrze o tem wiedzieć, jak to wynika ze spostrzeżenia autora, odnoszącego się do 40-letniej kobiety, która w dzieciństwie jeszcze straciła wskutek postrzału jedno oko, a potem w ciągu lat wielokrotnie dostawała ropni w oczodole i w powiekach i przez całe życie cierpiała na nerwobóle. Rentgenogram wykazał obecność licznych ziarn śrutu w otoczeniu oczodołu, uwięzłych częścią pod skórą, częścią w kościach. Jedno z nich tkwiło w głębi oczodołu, a jedno w górnej powiece. Tylko te dwa ostatnie ziarna były powodem zaburzeń, mianowicie ropienia i bólu. Przystawiony na próbę elektromagnes wywołał niespodziewanie tak znaczne wypuklenie się skóry ponad ziarnem utkwionem w powiece, że skorzystano z tego i po nacięciu skóry wydobyto je tymże magnesem. Taksamo powiodło się wydobyć z dna oczodołu drugie utkwione tam ziarenko i chora opuściła klinikę wolna od wszelkich dolegliwości.

K. W. Majewski.

Terlinck. **Neurorecydywy po salwarsanie.** (Ophthalmology 1912 T. 9. Nr 1). U 25-letniej kobiety wykonano po wystąpieniu wysypki kiłowej guzkowo-plamistej miąższowe wstrzyknięcie 0·6 salwarsanu. We dwa tygodnie potem powstało na obu oczach zapalenie n. wzrokowego ze znacznem osłabieniem wzroku i zwężeniem pola widzenia. Po śródżylnem wstrzyknięciu 0·6 salwarsanu, które poprawiło stan n. wzrokowych, wystąpiło zapalenie tęczówki na prawem oku. W miesiąc później wstrzyknięto jeszcze 0·4 salwarsanu, a w trzy dni potem dostała chora rozległego krwotoku w siatkówce. Wszystkie te zmiany ustąpiły bardzo prędko pod wpływem zażywania jodku potasu. Dla wytłómaczenia tego tak stałego pojawiania się ciężkich zaburzeń po każdej dawce salwarsanu powołuje się autor na teoryę, podaną przez samego Ehrlicha, wedle której krętki, ukryte w mniej dostępnych częściach ciała, n. p. w szpiku kostnym, albo w kanałach Haversa, po wyjałowieniu krwi i przeważnej części innych tkanek ustroju uzyskują wyższy stopień jadowitości i wytwarzają toksyny, zdolne wywołać neurorecydywy. Za teoryą tą przemawia fakt, że neurorecydywy te ustępują po wstrzyknięciu nowej dawki salwarsanu.

K. W. Majewski.

Curtil. **Uwagi o piśmie dla ociemniałych.** (Revue gen. d'oph. 1913 Nr 8). Powszechnie dziś używane i nauczane w zakładach dla ciemnych pismo Braillea posiada

dla poszczególnych liter znaki, składające się z kropek wypukło rzeźbionych. Ślepy zapomocą dotyku wyczuwa liczbę i ułożenie tych kropek i po tem odczytuje litery. Liczba kropek waha się od jednej do sześciu. Ślepi dochodzą do znacznej wprawy w czytaniu tego wypukłego druku. Autor podnosi jednak pewne jego strony ujemne. Pismem Braillea mogą ciemni posługiwać się tylko w stosukach między sobą. Z pośród widzących nikt prawie pisma tego nie zna. Należałoby obmyśleć konstrukcyę maszyn do pisania, zapomocą których ślepi mogliby wybijać litery zwyczajne, a widzący wypukłe znaki Braillea. K. W. Majewski.

Położnictwo i ginekologia.

Klotz. **O wpływie naświetlania i śródżylnego leczenia chemicznego na niedającego się zoperować raka macicy.** (Münch. med. Woch. 1913 Nr 31). Autor podaje metodę, jaką zastosował w 13 przypadkach nienadającego się do operacyi raka macicy. Leczy on równocześnie naświetlaniem (200—400 X, 800—1300 mg radu) i śródżylnem wprowadzaniem kolloidalnego kobaltu, jak również naświetlaniem i wprowadzaniem surowicy chorych rakowych. A. Markowa.

Schutte. **Pęknięcie macicy po pituglandolu.** (Münch. med. Woch. 1913 Nr 32). Autor opisuje przypadek pęknięcia macicy po wstrzyknięciu pituglandolu. Pituglandol wstrzyknięto w okresie wydalania płodu przy zupełnie rozwartem ujściu i słabych bólach w celu uratowania życia dziecka. Niestosunek porodowy spowodowany był wielkością płodu (obwód głowy $37^1/_3$ cm, waga 4·5 kg.). A. Markowa.

Vogt. **Choroba Addisona a ciąża.** (Münch. med. Woch. 1913 Nr 33). Stwierdzając niezmierną rzadkość ciąży u kobiet dotkniętych chorobą Addisona, zaznacza autor, że ciąża przebiegać może w tych razach bez zaburzeń, i że ze względu na złe rokowanie dla matki, zależne od choroby głównej, niema wskazań do przerwania ciąży. Rokowanie dla dzieci, nawet niedonoszonych, nie jest złe. A. Markowa.

Sippel. **Leczenie włókniaków macicy zapomocą promieni Röntgena.** (Münch. med. Woch. 1913 Nr 40). Pomysł leczenia włókniaków zapomocą promieni Röntgena zawdzięczamy Albers-Schönbergowi. Datuje się on z roku 1909, a oparty jest na stwierdzonem wybiórczem (elektywnem) działaniu promieni na jajnik, polegającem na niszczeniu mieszków, a co za tem idzie, usunięciu czynności jajnika. Czy działanie promieni na tem się kończy, nie wiemy, gdyż nie znamy istoty tego działania ani w odniesieniu do komórki jajowej, ani w odniesieniu do innych tkanek, a nieświadomość nasza jest tem większą, że okres utajenia przy działaniu promieni Röntgena jest długi. Stwierdzono dotąd przypadki martwicy wątroby, płuca, mięśni międzyżebrowych, uporczywe biegunki, prostracyę fizyczną, depresyę moralną. Nie będąc przekonanym o nieszkodliwości tej metody, uważa autor za teren nieograniczony dla jej stosowania raki, nienadające się do operacyi, i to nawet podług szkoły fryburskiej. Sam autor przy leczeniu włókniaków stosuje oględną metodę Albers-Schönberga, i to tylko wobec włókniaków, rosnących ku światłu macicy i wywołujących obfite krwawienia u osób, blizkich okresu przekwitania. Zresztą zaś przekłada autor drogę operacyjną ze względu na objawy braku czynności jajników u osób młodych, zwyrodnienia złośliwe (4%), kombinacyę z rakiem (2%), skręty szypuły, równoczesne różne schorzenia przydatków, szybki wzrost, martwicę i brak działania przy włókniakach podsurowiczych. A. Markowa.

Brommer. **Metoda Bergoniego, a powłoki brzuszne i dno miednicze położnic.** (Münch. med. Woch. 1913 Nr 42). Przyrząd Bergoniego stosowany był dotąd w celu leczenia otyłości zapomocą prądu elektrycznego i indukcyjnego o pewnem napięciu, który to prąd pobudza do rytmicznych skurczów duże grupy mięśni, nie sprawiając ani bólu, ani nieprzyjemnego uczucia. Przyrząd ten w odpowiedniej odmianie powinien zdaniem autora znaleźć olbrzymie zastosowanie przedewszystkiem w położnictwie. Prąd, działający na mięśnie brzucha i dna miedniczego, pobudza je do skurczów. Jest to więc najlepszy rodzaj mięśniowej gimnastyki, której wyniki usuwają takie skutki ciąży i porodu, jak rozstęp mięśni prostych, obwisły brzuch, zaparcie stolca, wypadanie pochwy i t. d. Leczenie rozpoczyna się w warunkach prawidłowych 5. dnia po porodzie, posiedzenia trwają od 15 minut do trzech kwadransów. Ten sposób leczenia nie wywiera ujemnego wpływu ani na pokarm, ani na odchody, zwijanie się macicy postępuje szybciej, apetyt się wzmaga, w 1—3 godzin po posiedzeniu następuje niebolesne wypróżnienie. Powłoki brzuszne jędrnieją szybko, rozstęp mięśni prostych znika. Działanie na dno miednicze pobudza mm. unoszące nawet do przerostu, co może mieć wielkie znaczenie zapobiegawcze. W ten sam sposób stosował autor prąd elektryczny w drugim tygodniu po operacyach brzusznych w celu pobudzenia osób operowanych do czynnego używania mięśni brzusznych pobudzenia przemiany materyi, apetytu i wypróżnień. A. Markowa.

Bollag. **Przyczynek do leczenia pokrzywki w połogu zapomocą przetworów wapniowych.** (Münch. med. Woch. 1913 Nr 45). Autor opisuje przypadek ciężkiej pokrzywki u położnicy. Etyologia tego przypadku pozostała niejasną, gdyż jakkolwiek chora spożywała truskawki i weronal, to przecież następne dawki weronalu nie wywołały nawrotu. Objawy, niezmiernie ciężkie i rozległe, ustępowały dopiero w kilkanaście godzin po wprowadzeniu pod skórę przetworu »calcine«. A. Markowa.

Organizacya pracy lekarskiej w szpitalu im. Karola i Maryi dla dzieci w Warszawie

skreślił

Dr J. Brudziński

lekarz naczelny szpitala.

(Dokończenie.)

Wszelkie inne badania, zarówno bakteryologiczne, jak chemiczne, wykonują lekarze prowadzący dane łóżka w pracowni sami, przy pomocy i w razie potrzeby pod kierunkiem kierownika pracowni. Wyjątkowo odpowiedzialne i trudne badania mogą być powierzone wyłącznie lekarzowi prowadzącemu pracownię przez ordynatorów odpowiednich oddziałów. Do pracowni centralnej przy oddziale chorób wewnętrznych napływają również zebrane na podłożach wydzieliny z oddziału błoniczego. Badaniu takiemu powinien być poddany każdy chory, podejrzany co do błonicy, umieszczony odrazu na oddziale błoniczym w boksie, czy też w razie większych wątpliwości na oddziale obserwacyjnym. Odpowiedzi pracowni powinny być dołączane do kart szpitalnych. Oddział płoniczy ma swoją osobną pracownię, dostatecznie zaopatrzoną dla badań bakteryologicznych i chemicznych, dla celów klinicznych; posługiwać się może pracownią centralną w przypadkach wyjątkowych, wymagających jakichś ściślejszych metod, czy doświadczenia, czy wreszcie w przypadkach, dla których odpowiednich przyrządów nie posiada.

Wizytacya ordynatora oddziału chorób wewnętrznych ogólna odbywa się dwa razy na tydzień o godz. 10. rano we wtorki i w piątki w jednym tygodniu, we wtorki i soboty w następnym, a to w celu umożliwienia lekarzom pracującym w ambulatoryum wzięcia udziału w wizycie choć raz na dwa tygodnie. Zaczyna się stale wizyta od oddziału niemowląt, poczem przechodzi na salę ogólną chorób wewnętrznych, następnie na salę gruźliczą, wreszcie

na oddział chorób jelit, następnie na stacyę obserwacyjną. o ile przebywają na niej chorzy. Raz na dwa tygodnie (we wtorki) wizyta ogólna przechodzi na oddziały zakaźne, najpierw na oddział zakaźny zapasowy (błoniczy), następnie na płoniczy. Na oddziale błoniczym i płoniczym informującym co do stanu chorych jest ordynator oddziałów zakaźnych, który ze swej strony odbywa wizyty oddziałowe codzienne ze swymi pomocnikami. Na oddziale chorób wewnętrznych każdy, prowadzący łóżka, zdaje sprawę ordynatorowi z przebiegu choroby, lub uzasadnia rozpoznanie u nowo przyjętego chorego. Ordynator na każdej wizytacyi wybiera jeden przypadek, który przedstawia zebranym on sam lub kolejno jeden z asystentów oddziału w postaci krótkiego wykładu klinicznego. Demonstracya taka chorego odbywa się już nie na sali, ale w urządzonym przy oddziale wewnętrznym pokoju do badania chorych.

Eksterni. W pierwszym roku działalności szpitala do zajęć na oddziałach nie będą dopuszczani inni lekarze oprócz lekarzy, zaangażowanych odrazu przy otwarciu szpitala i wprowadzonych na etat. Personal musi nabyć rutyny, że się tak wyrażę, zgrać się ze sobą, co stać się może jedynie w gronie osób nie przypadkowo, ale celowo dobranych. W pierwszym też roku wiele energii zużyje się na organizacyę pracy, więc wszelkie rozstrzelanie się, choćby w celach kształcenia innych młodszych lekarzy, psułoby ustalający się tryb i porządek. W następnym roku działalności szpitala lekarze przyjmowani będą do szpitala na następujących zasadach. Lekarz naczelny prowadzi listę kandydatów, liczba kandydatów dopuszczanych w danej chwili jest ograniczona, przeładowanie bowiem oddziałów eksternami odbija się równie ujemnie na działalności oddziału, jak zbyt mała liczba pracujących na oddziale lekarzy. Na oddziale chorób wewnętrznych z jego poddziałami pracować może jednocześnie oprócz stale zajętych lekarzy, trzech eksternów, tak, aby każdy z nich mógł pracować razem z jednym ze stałych pomocników. Po trzech miesiącach, o ile ordynator uzna to za możliwe, powierza eksternom prowadzenie łóżek, ale przez trzy miesiące odpowiedzialnymi za łóżka przed ordynatorem są jeszcze stali pomocnicy, dopiero po upływie pół roku pracy na oddziale ordynator może powierzyć łóżka do prowadzenia więcej samodzielnego eksternom. Oczywiście, iż w tym względzie może ordynator czynić odstępstwa od zasady, zależnie od opinii, jaką sobie o eksternie wyrobi. Eksterni, zgłaszający się do naczelnego lekarza, powinni odrazu określić, jakie mają zamiary, czy pragną wykształcić się w pedyatryi i pracować czas dłuższy; w takim razie zajęcia ich rozkłada lekarz naczelny w ten sposób, aby w przeciągu czasu, który na to chcą poświęcić, mogli przejść wszystkie oddziały. Czas najkrótszy dla takich kandydatów określa się na rok, wtedy tylko pretendować mogą do wydania świadectwa. Kandydaci zobowiązują się również do pracy w pracowni i do opracowywania naukowego materyału szpitalnego podług wskazówek ordynatora. Po skończeniu pracy na oddziale powinni w drugiem półroczu pracy swej w szpitalu godzinę poświęcać pracy w ambulatoryum, dla nabycia pewnego doświadczenia i w tym zakresie. Oprócz tego dwa razy na tydzień zobowiązują się uczestniczyć w wizytacyach lekarzy internów o godz. 5. po poł. i dla obeznania się z przyjmowaniem chorych do szpitala asystować internowi przy tej czynności. Dla obeznania się z zabiegami takimi, jak intubacya, porozumiewają się z internem prowadzącym oddział błoniczy i asystują przy wykonaniu zabiegu. Przedtem powinni obeznać się teoretycznie z zasadami zabiegu i nabyć technicznej wprawy w ćwiczeniach na fantomie, które będą dla eksternów systematycznie prowadzone przez lekarza, upoważnionego do tego przez ordynatora, w czasie z góry wyznaczonym. Eksterni podczas pobytu na oddziale powinni nauczyć się wszelkich niezbędnych zabiegów, metod rozpoznawczych i wykazać się ich znajomością przed naczelnym lekarzem dla otrzymania świadectwa. Po roku ordynator może przedłużyć eksternowi pobyt w szpitalu po porozumieniu się z lekarzem naczelnym jeszcze na rok. Po upływie dwóch lat ekstern opuszcza szpital nieodwołalnie z wyjątkiem tych przypadków, gdy wskutek wakansu obejmuje etatowe miejsce w szpitalu. Oprócz tego przyjmowani będą do szpitala lekarze, którzy pragną uzupełnić swe wiadomości w zakresie pedyatryi, a rozporządzają ograniczonym czasem; należą do tej kategoryi lekarze prowincyonalni lub lekarze, gotujący się do wyjazdu na prowincyę. Takich kandydatów może lekarz naczelny dopuszczać nadliczbowo, dbając jednak zawsze o to, aby oddziały nie były przeładowane i przez to nie dezorganizowała się praca i nie zakłócał się spokój, niezbędny dla chorych, których przemęczać badaniami lekarskiemi w żadnym razie nie wolno. Na wizytę ordynatorską we wtorki i piątki jako goście mogą uczęszczać, również w ograniczonej liczbie, lekarze, którzy czy to doraźnie przez czas pewien pragną uczęszczać do szpitala, czy też, nie mogąc na razie wskutek braku miejsca dostać się na eksternów, wyczekują swej kolei i pragną wyzyskać ten czas. Lekarze, uczęszczający na wizyty, nie mają prawa badania chorych poza wizytą, a jedynie na wezwanie ordynatora badać mogą chorych przedstawianych, z zachowaniem zawsze zasady nie męczenia chorych przez zbyt licznych badających.

Sprawa eksternów w każdym szpitalu jest ważną, nieodpowiednio bowiem uregulowana nie daje korzyści szpitalowi, pomimo, iż eksterni dają swoją pracę bezinteresownie i nie daje również korzyści eksternom, którzy opuszczają szpital rozgoryczeni lub też nieprzygotowani odpowiednio jako specyaliści. W jednym i w drugim przypadku opinia szpitala cierpi na tem. Upowszechnił się zwyczaj, zwłaszcza w Warszawie, że eksterni uczęszczają na oddziały przez cały szereg lat; niektórzy przechodzą poprzednio okres oficyalnej asystentury, inni odrazu pracują w charakterze eksternów. W początkach kształcą się sami i chętnie swą pracę dają oddziałowi, z biegiem czasu, nie mogąc liczyć na otrzymanie samodzielnego stanowiska, uczęszczają w dalszym ciągu na oddział, wciąż pracując bezinteresownie i bez określonego bliżej stanowiska, gdyż jest ono zależne wyłącznie od dobrych stosunków z ordynatorem. Z drugiej strony ordynatorzy, nie mając na niektórych oddziałach dostatecznej pomocy asystenckiej, stają się zależni od takich wieloletnich eksternów, bez których oddział wprost nie mógłby prawidłowo działać. Jest to nienormalny stan rzeczy, zarówno ze względu na nieokreślone stanowisko takich eksternów i wyzysk ich pracy, jak i ze względów pracy ordynatora i jego obowiązków. Nie da się zaprzeczyć, że wszędzie, nawet na klinikach, nietylko w szpitalach, podstawą działalności oddziałów są asystenci. Ordynator czy profesor nadaje naczelny kierunek, jest stałym konsultantem i powinien być inicyatorem w sprawach pracy naukowej i rozszerzenia zakresu pracy klinicznej. W tej jego działalności tacy długoletni asystenci eksterni mogą być niekiedy znakomitą pomocą, o ile uznanie ich dla pracy ordynatora nie uległo z biegiem lat zmianie; jeżeli jednak, czy z winy kierownika, czy z winy asystentów, harmonia ich pracy uległa zakłóceniu, stają się oni nawet zawadą i czynnikiem wpływającym nader ujemnie na młodszych asystentów i ich stosunek do kierownika oddziału.

Ordynator w przypływie coraz nowych młodych sił znajduje podnietę do pracy, sposobność do podzielenia się swem doświadczeniem, i o ten przypływ młodych zarówno ze względu na dobro chorych, jak i na działalność dydaktyczną oddziału bezwarunkowo i przedewszystkiem dbać należy. Dlatego też sprawa asystentów eksternów, wprowadzonych na etat, i eksternów, pracujących w charakterze lekarzy nieetatowych, powinna być z góry uregulowana. Asystenci oddziałowi mają z ordynatorem umowę z terminem na trzy lata. Termin ten może być przedłużony przez ordynatora na dalsze trzechlecie, pożądane jest

jednak dalsze nieprzedłużanie terminu asystentury, gdyż znowu tamuje się dostęp do stanowisk etatowych siłom młodszym. Rozdrabnianie oddziału jest rzeczą niepożądaną, więc tacy kilkoletni asystenci nie mogą liczyć na otrzymanie samodzielnej ordynatury; pozostawanie dalsze w szpitalu po zejściu z etatu w charakterze eksternów bezinteresownie pracujących z trudem da się pogodzić z dobrą organizacyą szpitalną. Jedynie lekarze, którzy dali dowody niezwykłego uzdolnienia do pracy naukowej, dla których wyjście z oddziału równałoby się pozbawieniu ich warsztatu pracy i byłoby krzywdą dla nauki ojczystej, powinni bez względu na to, czy byli asystentami etatowymi, czy eksternami, znajdować jaknajdłuższą i jaknajmilszą gościnę, dopóki los nie zgotuje im samodzielnego i lepszego warsztatu pracy. O takich ludzi dbać powinien kierownik szpitala, ułatwiając im materyalnie możność pracy, o ile tego potrzebują, i ułatwiając korzystanie z materyału naukowego. Jeżeli nawet zaćmią kierownika sławą swego imienia, napawać go to powinno dumą, że na jego oddziale do tego doszli, że im to ułatwił; wystarczyć mu powinna taka zasługa wobec nauki ojczystej. Dla tej kategoryi pracowników należałoby się starać o osobne dotacye naukowe. Każdy szpital powinienby rozporządzać ze źródeł prywatnych czy społecznych pewnym funduszem, choćby z roku na rok na ten cel zbieranym.

Co się tyczy właściwych eksternów, nie należących do etatu lekarskiego, to ci powinni być przyjmowani, jak już wspomniałem wyżej, na ściśle określony przeciąg czasu, najdłużej do lat dwóch, potem dzielniejsi z pośród nich mogą zająć wolne w danej chwili stanowiska etatowe.

Całą pracę oddziałową powinni spełniać etatowi pomocnicy; eksterni wtedy stają się daleko więcej pożyteczni i dla oddziału, bo rozszerzają przez swą dodatkową pracę jego działalność i dla siebie, bo nie wciągnięci do szarej codziennej roboty, kształcą się systematycznie. Kierownik oddziału nie jest skrępowany tem, że dają swą pracę bezinteresownie, bo pracują przedewszystkiem dla własnej korzyści. Eksterni muszą się poddawać regulaminowi ogólnemu i przedewszystkiem, jak i cały personal, powinni stawać do pracy punktualnie.

Od punktualności personalu zależy całe życie instytucyi. Lekarze w pierwszym rzędzie nie powinni dezorganizować życia instytucyi przez swą niepunktualność, co niestety, wskutek poczęści nieuregulowanej sprawy wynagrodzenia lekarzy w szpitalach, jest dotkliwie bolesnym punktem działalności naszych szpitali. W naszym szpitalu sprawa wynagrodzenia lekarzy została choć w skromnej mierze uregulowaną, poza tem w wyborze personalu kierowano się obok innych zalet — pracowitością, obowiązkowością. Jeżeli dodać do tego, że do punktualności łatwo się włożyć, zyskuje się bowiem więcej czasu przez ścisłe uregulowanie godzin pracy, nie tracenie czasu na oczekiwanie wzajemne, — bez złudzeń wyrazić można pewność, że trudności z tego powodu dla kierownika nie powstaną, a gdyby powstawały, muszą być zwalczone. Postulat punktualności ze strony personalu lekarskiego musi być przez naczelnego kierownika stawiany absolutnie, bez koleżeńskich uwzględnień; nieubłagany pod tym względem musi być kierownik przedewszystkiem dla siebie, a wtedy ma prawo być takim i dla innych. Eksterni muszą się poddać temu warunkowi na równi z personalem etatowym, inaczej nie mogą liczyć na otrzymanie samodzielnej, więcej odpowiedzialnej pracy przy chorych.

Nasz materyał lekarski wdrożyć się do takiej systematyczności umie, najlepszy dowód, że młodsi lekarze nasi podczas pracy w klinikach i szpitalach zagranicznych poddają się najsurowszym wymaganiom. Poddadzą się im i u nas, gdy spostrzegą, że życie instytucyi cechuje taka sama systematyczność, zborność, jakie cechują instytucye zagraniczne. Poczucie porządku u nas nie gorsze jest, niż u innych narodów, nie trzeba tylko zawsze i wiecznie przed światem i przed sumieniem własnem zasłaniać się temi znanemi »to nie na nasze warunki«, »to nie z naszym personalem« i t. d. i t. d., a wiele i u nas w tym kierunku dokonać można.

W szpitalu im. Karola i Maryi praca lekarska rozpoczyna się o godz. 9. rano. Interni, jak zaznaczyłem, rozpoczynają pracę wcześniej, o 8. Lekarze, prowadzący łóżka, powinni przedewszystkiem opisać nowych chorych, zbadać i udzielić wyjaśnień dozorczyni co do chorych dawniejszych. Dopiero po załatwieniu tej nieodzownej dla chorych szpitalnych części pracy, rozpoznaniu ich cierpienia i zapewnieniu im odpowiedniej opieki, mogą być wykonywane dodatkowe badania kliniczne, pracowniane i t. d. Do godziny 12. praca lekarzy przy chorych na salach powinna być całkowicie zakończona, ani dzieci, ani dozorczynie nie mogą być odrywane od obiadu. Jest to warunek konieczny, zarówno dla porządku, jak i dla istoty rzeczy, żywienie bowiem chorych dzieci jest jednem z ważniejszych zadań ich pielęgnowania i dzieci muszą być przez dozorczynię spokojnie i odpowiednio obsłużone. Poza tem opóźnianie obiadu dla dzieci opóźnia obiad dozorczyń, a co za tem idzie, służby i t. d.

Regulamin rozpoczynania pracy o 9. i kończenia jej o 12. na salach dotyczy wszystkich oddziałów szpitalnych, a więc i chirurgicznego, stoi bowiem w ścisłym związku z normalnem życiem całego szpitala pod względem administracyjnym. Poza tem ordynator oddziału chirurgicznego rozkłada pracę na swoim oddziale w zależności od odmiennych warunków działalności oddziału chirurgicznego, uwzględnić jednak powinien rozkład ogólny pracy dozorczyń w porozumieniu z ich przełożoną i rozkład pracy internów. Oddział chirurgiczny nie może być w szpitalu dziecięcym jakąś wyosobnioną jednostką, styka się on w swej działalności, poza sprawami administracyjnemi, wspólnemi dla całego szpitala, z działalnością innych oddziałów. Na innych oddziałach często bywa potrzebna rada i pomoc chirurga, dlatego też na wszystkich oddziałach zakaźnych urządzono salki sterylizacyjne i salki operacyjne dla zapewnienia racyonalnej pomocy chirurgicznej w powikłaniach chorób zakaźnych. Ta strona działalności personalu chirurgicznego musi być uwzględniona w rozkładzie zajęć oddziału, z jednej strony bowiem nie pożądane jest wykonywanie jakichś zabiegów na oddziałach zakaźnych równocześnie z zabiegami na oddziale chirurgicznym, z drugiej strony pożądane jest, aby przy tem obecny był personal lekarski odpowiedniego oddziału zakaźnego, co następuje w godzinach przedpołudniowych. Dlatego też ordynatora chirurgicznego powinien zawiadamiać lekarz odpowiedniego oddziału zakaźnego na dzień naprzód o konieczności jego oględzin i interwencyi, aby sobie ordynator oddziału chirurgicznego mógł odpowiednio czas rozłożyć. Zabiegi, które ordynator powierzyć może asystentowi, mogą być najlepiej wykonywane przez niego w godzinach, popołudniowych, na oddziałach zakaźnych w obecności interna oddziału zakaźnego lub interna dyżurnego.

Wspominaliśmy już niejednokrotnie o szczególnem niebezpieczeństwie zawlekania chorób zakaźnych na oddziały chirurgiczne, dlatego też dyżurni interni szczególniejszą uwagę zwracać powinni przy swych wizytacyach na dzieci oddziału chirurgicznego pod tym względem, a ordynator oddziału chirurgicznego powinien jaknajczęściej przypominać swemu personalowi o konieczności przestrzegania zarządzeń, wydanych w celu zapobieżenia zawleczeniu zakażenia.

Materyał oddziału chirurgicznego nie powinien być obcym reszcie personalu szpitala, dlatego też ordynator oddziału urządzać będzie raz na dwa tygodnie we czwartki demonstracyę przypadków ciekawszych, czy pod względem rozpoznania, przebiegu, czy zabiegów zastosowanych; w zamian za to proszony będzie wraz z personalem oddziału chirurgicznego raz na dwa tygodnie w soboty o udział w przeglądzie chorych oddziału wewnętrznego.

Specyaliści laryngolog, okulista i dermatolog, oprócz

przyjmowania chorych w ambulatoryum, są również konsultantami na oddziałach. Aby jednak ta druga strona ich działalności mogła się godzić z pierwszą, muszą oni też wiedzieć naprzód, na który oddział i do jakiej liczby dzieci będą wezwani. Lekarze odpowiednich oddziałów w przeddzień wizyty specyalisty zawiadamiają go o tem, przypadki nie cierpiące zwłoki bada specyalista tegoż dnia, inne może odłożyć do następnej bytności lub wyznacza dzień i godziny osobne, o ile chodzi o wykonanie jakiegoś zabiegu. Specyaliści stosować się jednak powinni do normalnego rozkładu zajęć w szpitalu, w porze obiadowej konsultacye ich odbywać się nie mogą.

Wszystkich ordynatorów obowiązuje wspólny regulamin co do uwalniania chorych ze szpitala, chory może być wypuszczony jedynie za wiedzą ordynatora. Zdarza się jednak, że w nieobecności ordynatora rodzice prawie przemocą zabierają dziecko; wtedy intern dyżurny wypuszcza dziecko, robiąc odpowiedni dopisek co do warunków, w jakich dziecko zabrano. Na każdej karcie szpitalnej ordynator wypełnia sam rubrykę »epicrisis«, lekarz prowadzący dane łóżko zdaje przy tem sprawę ordynatorowi z przebiegu, ze stanu chorego przy opuszczeniu szpitala, z wyników leczenia. Ordynator wyciąga z tego i ze swej własnej obserwacyi chorego podczas wizyt, wnioski ostateczne i te wpisuje jako »epicrisis« i podpisuje.

Taka narada nad każdym chorym przy wyjściu jego ze szpitala wypadnie na korzyść obu klinicystów, zarówno więcej, jak i mniej doświadczonego; ten drugi wnosi bezpośredniość obserwacyi, pierwszy przedmiotowość i większe osobiste doświadczenie. Takie wnioskowanie ostateczne, spisane na każdej karcie szpitalnej, ułatwi znakomicie oryentowanie się co do danego przypadku każdemu, opracowującemu po latach nawet dany temat z materyału oddziału.

W nakreślonym planie organizacyi pracy lekarskiej, ułożonym na zasadzie długoletniego doświadczenia szpitalnego, życie niechybnie zaprowadzi zmiany i życzyć sobie takiego postępu w rozwoju tej sprawy należy. Niezbędne jest jednak, aby personal lekarski od samego początku działalności instytucyi miał przed oczyma wyraźnie nakreślony plan, inaczej nawet przy najlepszych chęciach i najcelniejszych zaletach personalu jednolitość działalności z wielkim trudem się wytwarza, o brak zborności w ruchach ciała zbiorowego rozbijają się najlepsze zamierzenia.

Zwykło się mówić, odkładając nakreślenie takiego planu na później, — »życie samo to wyrobi« — »życie wskaże«, a czemże jest w gruncie rzeczy to życie, jak nie wypływem wskazań woli? — Gdy tych wskazań brak ze strony naczelnego kierownictwa, zjawić się muszą skądinąd, bo życie musi naprzód iść, ale już wtedy nie zawsze po linii, po której chcieli je pchnąć organizatorzy instytucyi.

Konkurs »Przeglądu lekarskiego«.

Za najlepsze sprawozdania poglądowe, drukowane w »Przeglądzie lekarskim« w r. 1913, przyznał sąd konkursowy dr. Janowi Nowaczyńskiemu nagrodę 200 koron (za dwie prace), a dr. Tadeuszowi Tempce nagrodę 100 koron (za jedno sprawozdanie).

Redakcya »Przeglądu lekarskiego« ogłasza podobnie, jak w latach poprzednich, konkurs na sprawozdanie poglądowe, przedstawiające współczesny stan któregokolwiek z zagadnień, będących na dobie w medycynie. Sprawozdanie nie powinno przekraczać jednego arkusza druku.

Za najlepsze sprawozdanie, wydrukowane w »Przeglądzie lekarskim« w ciągu roku 1914, przyznane zostaną nagrody, na które przeznaczono 200 koron.

Przyznanie nagród nastąpi w ciągu stycznia 1915.

Wiadomości bieżące.

Zasłużony oftalmolog polski, autor licznych prac, odznaczających się oryginalnością poglądów, dr. Kazimierz Noiszewski, docent Akademii wojskowo-lekarskiej w Petersburgu, obchodzi w roku bieżącym trzydziestolecie pracy lekarsko-naukowej i społecznej. Rocznicę tę uczci »Polski Związek lekarzy i przyrodników« w Petersburgu obchodem jubileuszowym w d. 30 stycznia (17. I st. st.) b. r.

Do składanych Szanownemu Jubilatowi w dniu tym życzeń najserdeczniej się przyłączamy.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 21. I. 1914. posiedzenie, na którem prym. Borzęcki, prof. Kostanecki i prof. Rosner przedstawiali chorych i preparaty, poczem prof. Dr Talko-Hryncewicz miał wykład p. t. »Antropologia i jej stosunek do medycyny«. W dyskusyach przemawiali prof. Browicz, Ciechanowski, Gliński, Hryncewicz, Kader, Kostanecki, Wachholz, dr. Blassberg. H. Hirsch, Janiszewski, J. Landau i Rydel.

— Prof. Dr. Przemysław Pieniążek mianowany został członkiem honorowym Towarzystwa laryngologicznego berlińskiego, obchodzącego w tym roku 50-lecie.

— Walne Zgromadzenie Krajowego Związku lekarzy odbyło się w Krakowie 18. I. 1914. Zgromadzenie przyjęło z uznaniem sprawozdanie Wydziału i uchwaliło podziękować Wydziałowi, szczególnie dr. Damskiemu, Stahrowi, Grzybowskiemu i Żydłowiczowi. Wspomnieć należy, że fundusz im. Jordana przekroczył w r. 1913 kwotę 38.000 kor., a z odsetek tego funduszu wypłacono przeszło 1300 K. zapomóg wdowom i sierotom, że Związek uzyskał w szeregu kas chorych poprawę bytu i warunków pracy lekarzy, że premie, wypłacane przez kasę doraźnej pomocy w razie śmierci lekarza, wyniosły dotąd przeszło 13.000 K. (obecnie premia wynosi 600 K.). Zgromadzenie uchwaliło zmienić stosunek Związku Krajowego do państwowego centralnego Związku w Wiedniu na wzór stosunku Organizacyi lekarzy czeskich (»Ustredni Jednota lekarů českych«). Na r. 1914 wybrano następujący Zarząd: prezes dr. Damski, wiceprezes prof. dr. Dobrowolski, sekretarze dr. Kostecki i Glatzel. skarbnicy dr. Grzybowski i Żydłowicz, członkowie Wydziału: dr. Bannet, Glassner, Jaugustyn, Rzegociński, Stahr. (Ustąpili z Wydziału prof. dr. Ciechanowski, dr. Luster i Weinsberg).

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 4. I. do 10. I. 1914 zgłoszono przypadków: błonicy 5 † — (obcych — † —), krztuśca 7 † — (— † —), ospy wietrznej — † — (— † —), płonicy 23 † — (6 † 1), odry 14 † — (— † —), duru brzusznego 3 † —, (3 † 2) czerwonki — † — (— † —), gorączki połogowej 1 † 1 (— † —), róży 1 † — (— † —) nagm. zapalenia ślinianek — † — (1 † —). Dr. Janiszewski.

Warszawa. Członkami honorowymi Towarzystwa lekarskiego warszawskiego zostali wybrani: dr. Dobrski, Gajkiewicz, Rejchman i Sokołowski z Warszawy, Chłapowski i Święcicki z Poznania.

Ruch chorych zakaźnych w szpitalu im. Karola i Maryi dla dzieci w Warszawie. Od 14. XII. 1913. do 10. I. 1914. przyjęto do szpitala przypadków: płonicy 11 † 1, błonicy 2 † —, duru brzusznego 4 † —, gruźlicy płuc 3 † 1, zapalenia gruźliczego opon — † 2, zapalenia płuc 1. Do ambulatoryum szpitalnego zgłosiło się w tymże czasie przypadków: odry 8, ospy wietrznej 1, krztuśca 9. Dr. Brudziński.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 5. I. do 12. I. 1914 przypadków: ospy 3 † 2, płonicy 3 † —, róży 1 † —. Dr. Trenkner.

Z różnych stron. Schronisko dla lekarzy w Marienbadzie (Aerztliches Erholungsheim in Marienbad) ogłosiło swe sprawozdanie za r. 1913, który był trzecim rokiem działania tej instytucyi. W roku tym było 115 zgłoszeń na 63 miejsc wolnych. Korzystało bezpłatnie ze schroniska 59 lekarzy z Austryi i Niemiec, niektórzy z żonami, razem 91 osób. Korzystać ze schroniska można od maja do października; jedynym warunkiem jest należenie do Towarzystwa, które założyło i utrzymuje schronisko (wkładka roczna minimalna 5 koron). W r. 1914 rozdanych będzie 65 wolnych miejsc; pobyt w schronisku uwalnia zarazem od taks zdrojowych, daje prawo do bezpłatnych kąpieli, do rozmaitych opustów w teatrach, restauracyach i t. p. Przyznawanie wolnych miejsc na rok 1914 rozpoczyna się z d. 1 stycznia 1914. Podania z dołączeniem marki pocztowej na odpowiedź należy adresować: Vorstand des ärztliches Erholungsheims in Marienbad.

— Miesięcznik »Liječnički Vijesnik«, jedyne chorwackie czasopismo lekarskie, redagowane obecnie przez dr. Vladimira Jelovšeka, rozpoczęło 36. rok wydawnictwa od powiększenia rozmiarów i formatu i ujęcia działu zawodowo-lekarskiego w formę osobnego dodatku. W słowie od Redakcyi w Nr. 1. wyraża »Vijesnik« nadzieję, że poprą go swem współpracownictwem lekarze innych narodów słowiańskich, przedewszystkiem Polacy. Nadmienić należy, że wydawnictwo »Vijesnika« oparte jest na Towarzystwie lekarzy chorwackich. Liczy ono ogółem 470 członków, liczba ta zaś najlepiej objaśnia, jak trudne są warunki wydawania »Vijesnika«.

— W sprawach V. Zjazdu czeskich przyrodników i lekarzy, który odbędzie się w roku bieżącym, należy się zwracać do kancelaryi Zjazdu (Praha II, Vladislavová ul. 14) lub do generalnego sekretarza, prof. Frant. Slavika (Žižkov-Praha, Přemyslova 9).

— Uniwersytet londyński urządził w Departamencie bakteryologicznym Król. Kollegium seryę wykładów o anafilaksyi, które wygłosi dr. L. Rajchman. Dr. Rajchman jest Warszawianinem, wychowańcem Wszechnicy Jagiellońskiej, a obecnie kierownikiem wspomnianego Departamentu bakteryologicznego w Londynie.

Mianowani: Dr. Władysław Rodys naczelnym lekarzem szpitala dla dzieci przy ul. Kopernika w Warszawie; Dr. Ludwik Paszkiewicz ordynatorem w szpitalu Przemienienia Pańskiego w Warszawie, z pozostawieniem na stanowisku prosektora tegoż szpitala; okulista doc. Chalupecky i chemik doc. Sterba-Böhm profesorami nadzw. w uniwersytecie czeskim w Pradze; docenci chirurgii Katzenstein i Zondek profesorami w Berlinie; Doc. Wagener z Berlina profesorem laryngologii w Gryfii; fizyolog prof. Abderhalden z Halle dyrektorem nowo utworzonego Instytutu biologicznego w Dahlem.

Zmarli: Psychiatra prof. Hirschl w Wiedniu; ginekolog prof. Kessler w Dorpacie; internista doc. Wyss w Zürichu; okulista prof. Pfalz w Düsseldorfie; dr. Czesław Grabowiecki, bardzo zasłużony pracownik na polu narodowo-społecznem, w Mińsku lit. w 46 r. ż.

Redakcya otrzymała: Mayer: Ueber eine Methode, eminent grössere Röntgenstrahlenmengen als bisher zu erreichen (Fortschr. a. d. Geb. der Röntgenstr. XXI). — Franke: 1) Badania nad zachowaniem się układu nerwowego wegetatywnego w okresie miesiączkowym. 2) Lewulozurya pokarmowa w przypadkach przewlekłego zapalenia nerek (Tygodnik lek. 1913). 3) Tożsamo po niemiecku (Wiener klin. Wochenschrift 1913). — Edelmann i doc. Müller-Deham: Neue therapeutische Versuche bei allgemeinen u. lokalen Infektionen. (Deutsche med. Woch. 1913). — Szmurło: 1) Przypadek »neuritidis retrobulbaris«, wywołanej ropnem zapaleniem zatok sitowych tylnych oraz klinowej. 2) Tonsillotomia czy tonsillektomia? 3) O zgorzeli zewnętrznego przewodu słuchowego (Gaz. lek. 1913). — K. Kostanecki: 1) Ś. p. Henryk Kadyi. 2) Znaczenie morfologiczne fałdów otrzewnej około kiszki ślepej i wyrostka robaczkowego człowieka (Przegl. lek. 1913). 3) Zur vergleichenden Morphologie des Blinddarmes (Anat. Hefte 1913). 4) Leonardo da Vinci jako anatom, odczyt inauguracyjny, oraz przemówienie przy otwarciu roku szk. 1913/14. 5) Ueber eigentümliche Degenerationserscheinungen des Keimbläschens. (Bull. Akad. Umiej. Kraków). 6) Stosunek kiszki ślepej do krezki grzbietnej w szeregu gromad kręgowców (Nowiny lek. 1913).

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 28. stycznia 1914 w klinice medycznej (Kopernika 15) o godz. 6 wieczorem.** Przemawiać i okazywać będą chorych: Kol. Jaworski, Mayer, Nowaczyński, Wachtel na następujące tematy: 1) Analiza EKG przy odmiennym sposobie zdjęcia. 2) O nieznanej drodze wydobywania się tonów i szmerów sercowych. 3) Fotografowanie wyłącznie samego serca zapomocą promieni Rtg 4) Sposób prześwietlania promieniami Rtg, uzyskanymi w największej dotychczas ilości. 5) Ułatwiony sposób dokładnego osłuchiwania płuc i serca. 6) Najnowsze środki sercowe.

Nadesłane

Szczawa Krondorfska uznana za najlepszą i naturalną.
Najlepsze skutki w nieżytach żołądka i pęcherza, jakoteż dróg oddechowych. 205
Prospekty rozsyła na żądanie Brunnen-Unternehmung Krondorf bei Karlsbad lub też Generalna reprezentacya dla Galicyi i Bukowiny, Kraków, Grodzka 48. Lwów, Sykstuska 31.

NATURALNA SÓL SZPRUDLA
jest jedynie prawdziwą solą KARLSBADU
Zastrzega się przed falsyfikatami



Magazyn Medyczny
Dra Bolesława Drobnera
w Krakowie - - - - - - - - - - - Tel. 2059
poleca 204 a
Aparaty do fizykalnej terapii.
(Leczenie gorącem powietrzem, światłem, prądem elektrycznym, ciepłem, zimnem) (termofory, chłodniki).
Cenniki illustrowane przesyła się darmo i opłatnie.
Aparaty do ciepłego powietrza i aparaty indukcyjne wypożycza się

Rok LIII. Kraków, dnia 31. stycznia 1914. Nr 5.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Rzadki przypadek zakaźnego zajęcia nerwów mózgowych.

podał

Dr. Maksymilian Blassberg.

Dnia 23/X 1913 r. zostałem wezwany do chorej B., liczącej lat 30, żony nauczyciela, karmiącej dziecko 5-miesięczne i rozpoznałem u niej obustronne mieszkowe zapalenie migdałków, uwydatnione wybitniej po stronie prawej. Przytem była gorączka, silny ból i trudność przy połykaniu, towarzyszące zwykle tej sprawie. W tym czasie pospolite mieszkowe zapalenie migdałków w Krakowie panowało nagminnie i zarówno ja sam miałem kilku chorych w leczeniu, jak też i od kolegów o istnieniu podówczas epidemii tego cierpienia wiedziałem. Obraz choroby niczem szczególnem nie zwracał na siebie uwagi. Poleciłem ćwierćprocentowy rozczyn alsolu do płukania gardła, oraz pozostanie w łóżku aż do zupełnego ustania gorączki. Dnia 29/X 1913 r. zostałem powtórnie wezwany do tej samej chorej, która podaje, że jeszcze przed ukończeniem choroby wstała z łóżka i wychodziła na ulicę i że obecnie wystąpiły przykre objawy, które napełniają ją obawą o »meningitis«. Przed mojem przybyciem miały być wymioty. Przy badaniu stwierdziłem znaczny obrzęk gruczołu podszczękowego, wielkości orzecha włoskiego, z przyległym naciekiem, bardzo bolesny, po lewej stronie szyi tuż pod kątem żuchwy. Oba stawy żuchwy bardzo bolesne i przy ucisku tkliwe. Ruchy głową z powodu bolesności lewej strony szyi znacznie utrudnione w ogólności, a w szczególności chora nie może dobrze skręcić brody ku stronie prawej. Bardzo silna bolesność nadoczodołowej gałęzi nerwu trójdzielnego po obu stronach, uczucie zatkania w lewym otworze nosowym i wybitne ciągłe łzawienie z lewego oka. Bolesność całego lewego mięśnia mostkowo-sutkowo-obojczykowego, a zwłaszcza górnej jego połowy. Po lewej stronie karku i potylicy aż do ciemienia stwierdzić było można silną bolesność lewego nerwu potylicznego, oraz znaczne rozprzestrzenianie się bólu także na boczną powierzchnię szyi, na dół nadgrzebieniowy i na lewe ramię. Bóle te wszystkie były stałe, a odpowiednie nerwy czuciowe były stale bolesne na całym swym przebiegu. Przy podnoszeniu lewego ramienia ku górze zauważa się, że ruchy, wykonywane tem ramieniem, są słabe i mało wydatne, ale niema porażenia. Badanie gardła wykazuje brak jakichkolwiek nalotów lub pryszczyków, a tylko znaczny obrzęk i zaczerwienienie całej lewej strony gardła. Żucie pokarmów stałych znacznie utrudnione. Również i połykanie jest z powodu wspomnianego obrzęku utrudnione. Ciepłota ciała tego dnia w południe 37·8, wieczór 40° C. Objawy podmiotowe powiodło się nieco złagodzić przez podawanie aspiryny, chininy, fenacetyny i antypiryny. Do powyższych objawów przyłączyła się zupełna bezsenność, przy braku jednak jakichkolwiek zaburzeń psychicznych. Dnia 31/X 1913 ciepłota ciała 37·6 przy tętnie 100, a 4/XI 1913 ciepłota ciała 37, tętno 76. Tymczasem wystąpiło u chorej znaczne utrudnienie mowy i suchy, chrypliwy, męczący kaszel, o charakterze krtaniowym. Badanie wykazuje łuk podniebienny lewy nieco niżej ustawiony, a języczek podniebienny zbacza nieco w lewą stronę. Język jest u nasady po stronie lewej nieco grubszy, zbacza przy wysunięciu z jamy ustnej bardzo wybitnie na stronę lewą, a szew języka tworzy łuk, zwrócony wklęsłością ku lewej stronie. Natomiast po zupełnem cofnięciu do jamy ustnej język bardzo nieznacznie zbacza ku stronie prawej. Lewa połowa języka obłożona jest ciemnym pokładem. Smak i czucie w całym języku nie okazuje zmian. Przy mówieniu chora prędko się męczy. Żucie pokarmów znacznie utrudnione, tak, iż chora go unika. Badanie krtani (Dr. Pachoński) wykazuje zupełne porażenie lewej struny głosowej, która się znajduje w t. zw. trupiem położeniu. Poza powyżej opisanemi zmianami w narządach wewnętrznych, ani w moczu, żadnych zmian nie stwierdziłem.

W przypadku powyższym rozpoznanie brzmiało: Ostre zapalenie wielu nerwów (polyneuritis acuta). Rozpoznanie to potwierdzili neurologowie (Prof. Piltz i Dr. Rose), oraz laryngolog (Dr. Pachoński), którzy również tę chorą badali.

Zapaleniem dotknięte były bądź w całości, bądź częściowo nerwy: potyliczny lewy, trójdzielny obustronnie, głównie lewy, gardłowo-językowy i podjęzykowy lewy, lewy nerw dodatkowy Willizyusza i lewy błędny, względnie krtaniowy dolny (wsteczny).

Sprawa ta, która wystąpiła ostro z wymiotami, gorączką, ogólnem osłabieniem, brakiem apetytu i bezsennością, po kilku dniach ostrego nasilenia zaczęła się cofać. Najprędzej znikła bolesność w obu stawach żuchwowych i w obu nerwach trójdzielnych, a w ślad za tem ustąpiło zatkanie lewej połowy nosa i łzawienie spojówek lewego oka. Zarówno ciepłota ciała, jak również tętno i stan podmiotowy zwolna poprawiały się. Po kolei ustępowały inne zmiany, a najdłużej utrzymywało się porażenie języka. Leczenie polegało na stosowaniu aspiryny, bromu, fenacetyny i piramidonu, a w końcu na kąpielach ciepłych i galwanizowaniu języka. W 8 tygodni po zachorowaniu stan chorej był tego rodzaju, że bez subtelniejszego badania nie można było u niej niczego stwierdzić, a chora oddawała się zwyczajnym zajęciom.

Nagły wybuch cierpienia o charakterze ostrego zakażenia, połączonego z gorączką, u osoby, nie używającej alkoholu, odrazu wskazywał na zakaźny podkład cierpienia.

Ponieważ sprawa zaczęła się mieszkowem zapaleniem migdałków, więc zrazu w tym kierunku nasuwała się etyologia cierpienia. Atoli taka etyologia zapalenia wielu nerwów należałaby do całkiem wyjątkowych. Niebawem też przypadek wskazał, że przyczyny tego cierpienia należało prawdopodobnie szukać w innym kierunku.

Mianowicie dnia 28/XI 1913 zostałem wezwany do tego samego mieszkania, do 6-letniego syna tej chorej z powodu zapalenia gardła. Wówczas stwierdziłem u tego chłopca przy stanie podgorączkowym na obu migdałkach szereg nalotów, brudno-szarej barwy, niezlewających się z sobą. Błona śluzowa gardła była niezbyt żywo czerwona, a ból przy połykaniu mimo rozległości miejscowej sprawy w gardle stosunkowo bardzo słaby. Natomiast gruczoły szyjne były wybitnie obrzękłe. Ten obraz skłonił mnie natychmiast do podjęcia bakteryologicznego badania nalotów. Badanie to, wykonane przez doc. Dr. Nitscha w miejskiej pracowni bakteryologicznej, wykazało stanowczo błonicę. Żądaniu memu zastosowania surowicy rodzice sprzeciwili się z powodu braku silniejszych bólów i ówczesnego dobrego stanu podmiotowego chorego. Dopiero w 4 dni potem, gdy gorączka podskoczyła do 38·6, a błonica zajęła cały lewy migdałek, który był pokryty rozlanym nalotem, i gdy bóle się spotęgowały, zgodzono się na zastosowanie surowicy. Wstrzyknięcie jednorazowe 3 flaszeczek (3000 jednostek immunizacyjnych) surowicy Bujwida spowodowało rychłe ustąpienie sprawy chorobowej. Ponowne badanie bakteryologiczne gardła dnia 9/XII 1913 dało już w kierunku błonicy wynik ujemny.

Ten przypadek błonicy u syna chorej nasuwał myśl, że wspomniane powyżej zapalenie nerwów u matki wystąpiło po błonicy, która i u niej istniała poprzednio pod postacią kliniczną mieszkowego zapalenia migdałów. Rozstrzygnąć atoli stanowczo tej sprawy nie było można, gdyż badanie dodatkowe bakteryologiczne gardła chorej, przedsięwzięte na wszelki wypadek dnia 3/XII 1913 w kierunku błonicy, dało wynik ujemny. Mimo tego jednak podejrzenie w kierunku błoniczej przyrody cierpienia jest w tym przypadku bardzo silne i zupełnie uzasadnione. W połowie grudnia 1913 miałem sposobność spostrzegać przypadek typowego zapalenia mieszkowego gardła u panny 24-letniej, u której badanie bakteryologiczne wykazało pewną błonicę. O kilku podobnych przypadkach słyszałem od kol. doc. Nitscha, kierownika miejskiej pracowni bakteryologicznej. Spostrzeżenia kliniczne ostatnich czasów coraz więcej dostarczają dowodów, że bardzo często chorobotwórczy wpływ na nerwy obwodowe wywierają nieprawidłowe ciała chemiczne, t. j. trucizny, czy to dostające się od zewnątrz do ustroju (alkohol, arszenik, ołów), czy też wytwarzające się w samym ustroju, n. p. w przebiegu chorób zakaźnych i zaburzeń przemiany materyi. Z pośród chorób zakaźnych błonica charakteryzuje się przecież w pierwszym rzędzie wybitnem tworzeniem toksyn i często zwraca się czynnik jadowity ku nerwom obwodowym, a pobłonicze zapalenia wielu nerwów należą do najczęstszych spraw zapalnych pochodzenia zakaźnego w nerwach obwodowych. Nadto pewne okoliczności utrudniały w tym przypadku rozpoznanie. Albowiem z samego początku ostrego rozwoju choroby istniała znaczna bolesność stawów żuchwowych po obu stronach, która skierowywała myśl w kierunku ostrego gośćca stawowego. Taki objaw początkowego zajęcia stawów, który może być przyczyną omyłki rozpoznawczej, należy wprawdzie do rzadkich, ale bywał już przez klinicystów spostrzegany także jako objaw wstępny przy zapaleniach wielu nerwów (Strümpell). Dalej uderza tu niezwykłe usadowienie się sprawy w nerwach. Najczęstsza bowiem postać porażeń pobłoniczych ogranicza się do symetrycznych mięśni, poruszających łuki podniebienne, dość częste bywają porażenia mięśni ocznych, a zwłaszcza akomodacyi, które w naszym przypadku były zupełnie nietknięte. Natomiast przy zapaleniach wielu nerwów należy zajęcie nerwów mózgowych do rzadkości, gdyż sprawa ta najczęściej pojawia się w kończynach, a rozpoczynać się zwykła od kończyn dolnych. W naszym przypadku na pierwszy plan wysunęły się w początku bóle, a schorzenie zajęło naprzód nerw potyliczny lewy i oba trójdzielne, a potem objęło lewe nerwy: gardłowo-językowy, podjęzykowy, Willizyusza i krtaniowy dolny. Nerwy kończyn górnych i dolnych były zupełnie wolne, gdyż bolesność na lewem ramieniu była wywołana jedynie rozprzestrzenianiem się bólu z lewego nerwu potylicznego. Odruchy kolanowe były prawidłowe. Zespół objawów, podobny do naszego, ograniczający się do jednej strony, zdarza się przy guzach, sprawach zapalnych i wysiękach, usadowionych koło otworu potylicznego (foramen magnum) i obok rdzenia przedłużonego, a uciskających równocześnie na te nerwy, usadowione obok siebie. Także i w naszym przypadku obok działania zakażenia i toksyn mógł współdziałać do pewnego stopnia mechaniczny ucisk powiększonego gruczołu i znacznego przyległego obrzęku obocznego z wysiękiem, który po stronie dostępnej badaniu sięgał z jednej strony aż prawie do wyrostka sutkowego, z drugiej strony do połowy mięśnia mostkowo-sutkowo-obojczykowego, a z trzeciej zajmował w gardle okolicę lewego migdałka, dając obraz podobny do ropnia migdałka. Samym jednak miejscowym uciskiem mechanicznym sprawy wytłómaczyćby nie można ze względu na wstępne zajęcie obu stawów dolnej szczęki i początkowe obustronne zajęcie nerwu trójdzielnego. Nadto przeciw wyłącznemu przyjęciu ucisku mechanicznego jako czynnika etyologicznego przemawia codzienna obserwacya kliniczna. Obrzęki bowiem z podobnem usadowieniem napotykamy w praktyce dość często, czy to w przebiegu zapaleń gruczołu przyusznego, czy też przy zapaleniach ropnych okołogardłowych, przy zajęciu gruczołów w płonicy i w przebiegu zołzów, a jednak podobnego zajęcia nerwów nie zwykliśmy przytem spotykać. Zapalenia nerwów po tych chorobach zakaźnych zdarzają się według doświadczenia zarówno pedyatrów (Henoch, Baginsky), jak i neurologów (Remak) nader rzadko, wręcz wyjątkowo, natomiast porażenia pozakaźne zbiegają się z zakażeniem błoniczem prawie zawsze i wręcz znamiennie. Również i względnie łagodny przebieg oraz rychły powrót do stanu prawidłowego pokrywa się w naszym przypadku ze zjawiskiem napotykanem przy porażeniach pobłoniczych, które dają na ogół dobre rokowanie i rychło ustępują, o ile tylko nie objęły zbyt wielkiego obszaru lub nie zajęły nerwów bezpośrednio ważnych dla życia, jak np. obu nerwów błędnych. Również i okres wystąpienia tych zmian po ustąpieniu zmian miejscowych w gardle zgadza się w naszym przypadku z czasem, który upływa przy porażeniach pobłoniczych od zmian miejscowych, a który wynosi od 5 dni do 3 tygodni.

Streszczając powyższe dane, dochodzimy do wniosku,

że w naszym przypadku mieliśmy u osoby 30-letniej rzadki przypadek najprawdopodobniej pobłoniczego zapalenia wielu nerwów, usadowionego w nerwach mózgowych, i że miejscowe zmiany w postaci znacznego obrzęku gruczołu podszczękowego na lewej stronie szyi mogły się przyczynić przez ucisk do zajęcia jednostronnego nerwów głównie po lewej stronie szyi.

Powyższy przypadek nadawał się, mojem zdaniem, do ogłoszenia jako niezwykły, a dla praktyki lekarskiej pouczający, z następujących powodów:

1) Mieliśmy przypadek błonicy pod postacią niezwykłą, bo pod postacią pospolitego zapalenia mieszkowego migdałków. W tej postaci może ona łatwo (jak w naszym przypadku u matki) ujść zupełnie uwagi lekarza i stać się przy braku wczesnego bakteryologicznego stwierdzenia choroby źródłem nowych zakażeń.

2) Przyjąwszy w naszym przypadku, że zarówno u matki jak i u dziecka, błonica powtórzyła się pod tąsamą postacią pozornie niewinnego mieszkowego zapalenia migdałków, nasuwa się myśl, czy nie istnieją pewne odmienne własności biologiczne drobnoustroju błonicy lub też szczególne warunki i przyczyny, które w danych razach mogą sprawić, że zarazek błoniczy nie wywołuje typowego klinicznego obrazu błonicy, lecz obraz mieszkowego zapalenia migdałków i że pochodne przypadki, wynikłe z zarażenia, występują pod tą samą postacią.

3) W naszym przypadku na pierwszy plan wysunęły się zrazu objawy ze strony nerwów czuciowych, gdy zazwyczaj zmiany błonicze ograniczają się do porażeń nerwów ruchowych.

4) Porażenia pobłonicze najczęściej bywają ograniczone do nieznacznego obszaru mięśni podniebienia miękkiego i oka. W naszym przypadku zajęły one znaczny obszar, gdyż cały szereg nerwów mózgowych w niezwykłym asymetrycznym zespole, przeważnie po lewej stronie szyi.

5) W naszym przypadku dość wybitnie zaznaczyło się równoczesne współdziałanie czynnika zakaźnego neurotropicznego z miescowym czynnikiem mechanicznym, które to oba czynniki razem złożyły się na powstanie niezwykłego obrazu klinicznego.

Z oddziału chorób wewnętrznych (I. B.) krajowego szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Przyczynek w sprawie ogłoszonego przypadku zupełnego odwrotnego ułożenia trzew.

Podał

Prym. Dr Antoni Krokiewicz.

W roku 1913 ogłosiłem w »Przeglądzie lekarskim« Nr 1, przypadek zupełnego odwrotnego ułożenia wnętrzności w klatce piersiowej i jamie brzusznej u dorosłego mężczyzny 25-letniego, u którego rozpoznanie tego zboczenia mogło być dokonane za życia z całą ścisłością przez zastosowanie prześwietlania promieniami Röntgena. Chory ów pomimo ciężkiej pracy zawodowej, jako pomocnik murarski, nie doznawał przez długi czas żadnych przypadłości. Dopiero od roku zaczął kaszleć i miał duszność wskutek poczynającej się niedomogi mięśnia sercowego, wywołanej zaburzeniami w krążeniu w następstwie nabytej najprawdopodobniej w życiu pozapłodowem wady zastawkowej (insufficientia valv. bicusp. c. stenosi ostii venosi sin.). Przypady te chorobowe rychło się wyrównały w czasie pobytu szpitalnego. W październiku roku 1913 zgłosił się ów chory ponownie na oddział z objawami znacznej niedomogi mięśnia sercowego — i po kilku tygodniach zakończył życie (3. XI. 1913). Oględziny pośmiertne, dokonane w Zakładzie anatomii patologicznej Uniw. Jagiell. przez prof. Dra Glińskiego, potwierdziły w zupełności rozpoznanie kliniczne, ale także wykazały prócz tego nieznaczne zmiany chorobowe na zastawce trójdzielnej. Ułożenie głównych pni naczyniowych było prawidłowe i odpowiadało — zgodnie z rozpoznaniem za życia — zmienionym warunkom przemieszczenia i odwrotnego ułożenia serca. Następujący protokół oględzin pośmiertnych rzecz bliżej uzupełnia:

Rozpoznanie anatomiczne: Endocarditis chronica mitralis et tricuspidalis. Stenosis ostii venosi sin. majoris gradus. Hypertrophia et dilatatio atrii cordis sin. et totius cordis d. Induratio cyanotica pulmonum, renum. Hyperaemia passiva universalis. Hydrops universalis medii gradus. Situs viscerum inversus completus.

Budowa i odżywienie mierne. Skóra blada, na twarzy lekko zasiniona. Tkanka podskórna, zwłaszcza na kończynach dolnych, lekko surowiczo obrzękła. Kościec i stawy prawidłowe. Mięśnie prawidłowo rozwinięte, niezmienione. Naczynia obwodowe i nerwy obwodowe bez zmian.

Czaszka symetrycznie wysklepiona; kości jej dość cienkie. Opona twarda łatwo oddziela się od kości, prawidłowo gruba, po stronie wewnętrznej gładka. Zatoki żylne zawierają sporą ilość wiotkich skrzepów pośmiertnych. Opony miękkie cienkie, gładkie, lśniące, dość silnie ukrwione. Tętnice na podstawie mózgu niezmienione.

Mózg: w środkowej części prawego jądra soczewkowatego, sięgając w obręb torebki wewnętrznej, znajduje się jamka, wielkości grochu, wypełniona jasną cieczą i posiadająca ściany zupełnie gładkie, żółtawo-bronzowawo zabarwione. Zresztą mózg dość silnie ukrwiony, prawidłowej spoistości, makroskopowo niezmieniony. Komórki mózgowe prawidłowo szerokie; wyściółka ich gładka. Móżdżek, most Varola, rdzeń przedłużony, dość silnie ukrwione, zresztą makroskopowo niezmienione.

Jamy opłucne zawierają po kilka łyżek cieczy surowiczej, jasnej; prócz tego zawierają dość rozległe, lecz wiotkie, tudzież taśmowate zrosty. Opłucne poza zrostami wszędzie cienkie, gładkie, lśniące. Płuco lewe ma trzy płaty, a płuco prawe ma dwa płaty; zresztą płuca zupełnie prawidłowo ukształtowane. Miąższ płucny wogóle zbitszy, twardszy, wszędzie powietrzny, miejscami czerwono plamisty, przy ucisku zalewa się dużą ilością cieczy pienistej, jasnej, nieco rdzawo podbarwionej. Zresztą wśród miąższu płucnego nie stwierdzono nic nieprawidłowego. Oskrzele lewe nieco krótsze, niż prawe i rozpada się na 3 główne gałęzie. Błona śluzowa oskrzeli jest silnie przekrwiona, sinawo zabarwiona, pulchna, sporą ilością gęstego śluzu pokryta. Gruczoły oskrzelowe czarno od pyłu węglowego zabarwione, trochę powiększone, nieco twardsze.

Tarczyca wielkości prawidłowej, sinawo zabarwiona, zresztą niezmieniona. Błona śluzowa gardła zasiniona, migdałki bez zmian. Błona śluzowa krtani, a zwłaszcza tchawicy zachowuje się podobnie, jak w oskrzelach.

Na błonie wewnętrznej tętnicy płucnej dość liczne, drobne, płaskie, białawo-żółtawe zgrubienia, zresztą naczynia płucne nie przedstawiają nic nieprawidłowego. Worek

osierdziowy wraz ze swoją zawartością znajduje się w klatce piersiowej po stronie prawej. Worek osierdziowy zawiera około $^1/_4$ litra cieczy surowiczej. jasnej. Osierdzie i nasierdzie cienkie, gładkie, lśniące; tkanka podnasierdziowa bez zmian. Serce przedstawia się, jak w obrazie źwierciadlanym tak, że serce lewe zwrócone jest ku stronie prawej, a serce prawe ku stronie lewej, przyczem wierzchołek serca jest skierowany ku stronie prawej. Wielkie pnie naczyniowe serca są rozmieszczone odpowiednio do nieprawidłowego ukształtowania (źwierciadlanego obrazu) serca. Serce jest dość znacznie powiększone, prawie wyłącznie jednak w wymiarze poprzecznym. Lewa komórka nieznacznie powiększona, jej ściana mięsna nie zgrubiała. Lewy przedsionek bardzo znacznie rozszerzony, ściana jego wyraźnie zgrubiała Płaty zastawki dwudzielnej pozrastane ze sobą, znacznie poskracane, zgrubiałe, częściowo zwapniałe, niepodatne; nitki ścięgniste poskracane, znacznie zgrubiałe. Ujście żylne lewe znacznie zwężone (z trudnością przepuszcza czubek małego palca). Zastawki półksiężycowate aorty niezmienione, ujście tętnicze lewe nie zwężone.

Prawa komórka i prawy przedsionek znacznie rozszerzone. Ściana, zwłaszcza komórki, znacznie zgrubiała; skrzepów za życia powstałych nie znaleziono. Jakiejś nieprawidłowej komunikacyi pomiędzy sercem lewem a prawem nie stwierdzono. Płaty zastawki trójdzielnej nieco zgrubiałe, stwardniałe, lekko poskracane; zresztą zastawki prawego serca niezmienione; ujścia nie zwężone. Mięsień sercowy prawidłowo jędrny, dość silnie ukrwiony; na przekrojach z przeciętych naczyń wydobywają się obfite krople krwi. Naczynia wieńcowe niezmienione. Tętnica główna po odejściu od serca przebiega w ten sposób, że jej łuk skierowuje się nie jak normalnie ku stronie lewej, lecz ku prawej, przyczem aorta zstępująca biegnie więcej po prawej stronie kręgosłupa. Przewód Bothala całkowicie zarośnięty.

Jama brzuszna zawiera około litra cieczy surowiczej, jasnej. Otrzewna cienka, gładka, lśniąca. Trzewa w jamie brzusznej ułożone jak w obrazie zwierciadlanym, a mianowicie: śledziona leży w prawem, wątroba w lewem podżebrzu; wpust żołądka znajduje się po stronie prawej, odźwiernik po lewej stronie; kątnica wraz z wyrostkiem znajduje się na lewym talerzu biodrowym, kiszka zaś zstępująca przebiega po stronie prawej. Odpowiednio do ułożenia żołądka i dwunastnicy głowa trzustki leży po stronie lewej, a ogon jej po stronie prawej. Śledziona mniejwięcej w dwójnasób powiększona; miąższ jej ciemnowiśniowy, jędrny, twardy. Nerki lekko powiększone, zbitsze, twardsze, torebka z nich schodzi łatwo, powierzchnia ich gładka, istota korowa sinawo-szaro zabarwiona, rdzeniowa sinowiśniowa. Miedniczki i kieliszki, moczowody, pęcherz moczowy — bez zmian. Nadnercza, trzustka — prawidłowe. Wątroba leży w lewem podżebrzu i jest ukształtowana tak, jak w obrazie zwierciadlanym; jest ona dość duża, miąższ jej zbitszy, twardszy, na przekroju muszkatołowy. Woreczek żółciowy i przewody żółciowe są rozmieszczone odpowiednio do umiejscowienia i ukształtowania (zwierciadlanego obrazu) wątroby; zresztą niezmienione. Przełyk na szyi leży poza tchawicą nieco więcej ku stronie prawej, w śródpiersiu tylnem przebiega po stronie lewej aorty zstępującej, z którą krzyżuje się ponad przeponą, biegnąc przed aortą i zdążając ku stronie prawej; po przejściu przez otwór przełykowy przepony (foramen oesophageum diaphragmatis) przechodzi przełyk we wpust żołądka, umieszczony po stronie prawej. Żołądek i jelita poza opisanem zboczeniem w położeniu okazują błonę śluzową wogóle dość silnie biernie przekrwioną, dużą ilością śluzu gęstego pokrytą. Gruczoły krezkowe i pozaotrzewne bez zmian. Naczynia jamy brzusznej i części płciowe prawidłowe.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Faggella. **O wydalaniu kwasów oksyproteinowych i ich znaczeniu przy rozpoznawaniu różniczkowem niektórych chorób.** (La Riforma med. Nr. 42, 1913) Już od dawna wnoszono o nasileniu spraw spalania w ustroju ze stosunku siarki obojętnej do siarki kwaśnej, wydalanych z moczem, sprawę spalania uważano za tem silniejszą im mniejsza była ilość siarki obojętnej w stosunku do siarki kwaśnej. Jednakże obliczenia te nie mogły dawać pewnych wyników, gdy ilość siarki obojętnej wydalanej z moczem oprócz zależności od sposobu żywienia ulegała wybitnym wahaniom indywidualnym. Z badań tego rodzaju wynika jednak w każdym razie, że zwiększoną ilość siarki obojętnej w moczu znajdowano w przebiegu żółtaczki z najrozmaitszych przyczyn, przy cystynuryi, włóknikowem zapaleniu płuc, cukrzycy, przerostowej marskości wątroby, nieżycie żołądka i dwunastnicy w połączeniu z żółtaczką, w ostrych chorobach gorączkowych, gruźlicy ciężkich, niedokrwistościach, charłactwie na tle nowotworów i. t. W r. 1897. Bądzyński i Gotlieb wykryli w moczu ludzkim połączenia azotowe zawierające siarkę i nazwali je kwasami oksyproteinowymi; ciała te stanowią główną część siarki obojętnej i uchodzą za przejściowy wytwór utleniania białka. Od tego czasu cały szereg autorów wziął sobie za cel badanie wydalania tych połączeń tak u osób zdrowych, jak i u chorych na najrozmaitsze choroby. Tak n p. Salomon i Saxl stwierdzili prawie u wszystkich osób, cierpiących na raka, zwiększenie się w moczu azotu, zawartego w kwasach oksyproteinowych aż do 3·5% całkowitej ilości azotu, natomiast u całego szeregu osób zdrowych, względnie nie dotkniętych rakiem, wartość ta wahała się około 1·5% i tylko w 3 przypadkach schorzeń wątroby wynosiła 2%. Inni badacze stwierdzili zwiększenie się ilości wydalanych z moczem kwasów oksyproteinowych w przebiegu duru, odry, zapalenia płuc włóknikowego, róży, zatrucia fosforem i lizolem. F. postanowił rozszerzyć badania w tym względzie na najrozmaitsze stany chorobowe, chcąc przekonać się, jaką rolę odgrywać może ten czynnik w rozpoznaniu różniczkowem; szczególnie zaś zajmował się przypadkami puchliny brzusznej tak na tle marskości zanikowej wątroby, jak i gruźliczego zapalenia otrzewnej, rozpoznanie bowiem w tym kierunku jest czasem niezmiernie trudne, niekiedy zaś wprost niemożliwe. Chorzy, badani przez F., przez cały czas doświadczenia nie pobierali żadnych leków, byli na takiej samej dyecie i były to przypadki przeważnie nie gorączkowe. Równocześnie badał F. zachowanie się kwasów oksyproteinowych u kilku osób zupełnie zdrowych. Z badań tych wynikło, że znaczne zwiększenie ilości wydalanych z moczem kwasów oksyproteinowych zachodzi przy gruźliczem zapaleniu otrzewnej, marskości Picka, raku wątroby, raku żołądka, chorobie Addisona, zapaleniu płuc i białaczce; nieznaczne zwiększenie znalazł F. w przypadkach śródmiąższowego przewlekłego zapalenia nerek i kamicy żółciowej. Prawidłowowy dzielają się kwasy oksyproteinowe w przypadkach mięsaka, moczówki prostej, cukrzycy, wrodzonych wad serca i przewlekłych nieżytów żołądka; nieco poniżej normy wydzielają się w przypadkach zanikowej marskości wątroby. Co się tyczy pytania czy na podstawie tych wyników można wykryć czynniki chorobowe, które wpływają na zmiany ilościowe w wydalaniu się kwasów oksyproteinowych w rozmaitych cierpieniach, to Fl. twierdzi, zwłaszcza na podstawie doświadczeń Zagariego i d'Amata, że nie wchodzi tu w grę mniejsze, lub większe nasilenie ogólnych spraw spalania w ustroju; raczej zachodzą tu wpływy natury toksyczno-zakaźnej. I rzeczywiście we wszystkich przypadkach F. gdzie zwiększona była ilość kwasów oksyproteinowych w moczu, można wykazać ten czynnik toksyczno-zakaźny (gruźlica, rak, zapale-

nie płuc, choroba Addisona i t. d). Ważniejszym jednak dla kliniki jest fakt, że w puchlinie brzusznej w następstwie gruźliczego zapalenia otrzewnej jest ilość kwasów oksyproteinowych w moczu znacznie zwiększona, natomiast jest prawidłowa, lub nie zmniejszona w przebiegu zanikowej marskości wątroby. Różnicę tę bowiem można w danym razie wyzyskać jako czynnik rozpoznawczy. Tak samo zwiększenie się ilości kwasów oksyproteinowych przemawia za rakiem żołądka, gdy rozpoznanie waha się między rakiem, a zwykłym nieżytem żołądka z upośledzonem, lub zmienionem wydzielaniem kwasu solnego Wprawdzie liczba badanych przez F. przypadków nie jest wielka, jednakże uderzająca jest stałość uzyskanych przez niego wyników. Dr. T. T.

Higiena.

(Z posiedzeń referatowych lekarzy miejskich w Krakowie)

Kulka: **Problemy wentylacyi**. (Der Amtsarzt Nr 3 i 4, 1913.) Autor przypomina znane badania Pettenkofera, według których powietrze w zamkniętej przestrzeni należy uważać za zepsute, gdy ilość CO_2 w powietrzu przekroczy stosunek 1 $^0/_{00}$. Bezwodnik węglowy sam nie jest przytem szkodliwy w tem rozcieńczeniu, ale jako względnie łatwo oznaczalny jest dobrym wskaźnikiem zużycia powietrza. Brown-Sequard i D'Arsonval sądzili, że udało im się znaleźć w powietrzu wydechowem ciało organiczne trujące, zwane przez nich antropotoksyną, ale badania całego szeregu autorów niemieckich, francuskich i włoskich wykazały, że wiele innych czynników działało zabójczo w doświadczeniach Brown-Sequarda i D'Arsonvala, tak, że przypuszczenie istnienia antropotoksyny było nieuzasadnione. Weichardt znowu przypisywał szkodliwe działanie powietrza wydychanego t. zw. kenotoksynie, którą wydobył ze zmęczonych mięśni, co jednak także nie zostało potwierdzone. Natomiast twierdzenia techników, którzy przypisywali szkodliwe działanie zepsutego powietrza w zamkniętej przestrzeni innym czynnikom, doznały poparcia przez szkołę wrocławską Flüggego. Badania bardzo skrupulatne tej szkoły stwierdziły, że najważniejszym szkodliwym czynnikiem dla większej ilości osób, przebywających w zamkniętej przestrzeni, jest utrudnienie oddawania ciepła, natomiast powstające gazy, nawet o nieprzyjemnej woni, nie są wprost szkodliwe dla zdrowia. Niebezpieczniejsze już byłyby ciała stałe, unoszące się w powietrzu, a zatem pył i drobnoustroje chorobotwórcze. Jednakowoż grubszy pył szybko opada na ziemię i dlatego wchodzi w rachubę tylko tam, gdzie pył bywa wzniecany przez ciągły ruch, jak w szkołach, salach tańców, gospodach, zakładach przemysłowych i t. p Bakterye, wydostające się z ust i nosa ludzi przy mówieniu, kichaniu, kaszlu i t. d., wiszące na drobnych kropelkach wydzielin ludzkich, opadają na ziemię — o ile niema przewiewu — w ciągu 10 minut do godziny; te kropelki mogą być wyrzucane na odległość 6—9 m, przy przewiewie o szybkości 10 cm/sek. nawet na odległość 30 m. Ale te bakterye, zawarte w kropelkach w skąpej zresztą ilości, szybko giną z powodu wysychania i działania światła. Po rozważeniu tych wszystkich czynników dochodzi autor do wniosku, że tak odnawianie powietrza, jak i jego poprawianie przez chłodzenie i usuwanie nagromadzonych gazów i pary wodnej powinny być stosowane w jak najszerszej mierze. Poprawianie powietrza przez wtłaczanie do przestrzeni czyto gazów, czyto rozpylonych płynów, dotychczas się nie udało. Ani ozon, ani tak szeroko reklamowana perolina, fichtolina i t. p. nie mają znaczenia, w szczególności zaś zwraca się autor energicznie przeciw reklamowaniu peroliny, która w używanem rozcieńczeniu zawiera tylko bardzo drobne ilości formaliny, nie wchodzące zupełnie w rachubę jako środek odkażający. Zawarte w perolinie olejki żywiczne chwilowo wzniecają woń przyjemną, a woda drobno rozpylona częścią porywa ze sobą na ziemię pył wiszący w powietrzu, częścią zaś ochładza powietrze. Wynika z tego, że zwykłe rozpylanie wody zastąpić może w zupełności rozpylanie rzekomo odkażającej peroliny. Autor przytacza jędrne zdanie Pettenkofera: »Jeżeli w izbie znajduje się kupa gnoju, to nikt nie będzie jej polewać wodą kolońską ani rozpylać w powietrzu pachnideł, ale każdy przedewszystkiem gnój usunie.« Weinsberg.

Sprawy Towarzystw naukowych

Akademia Umiejętności w Krakowie.

Wydział matematyczno-przyrodniczy.

Posiedzenie z dnia 1. XII 1913.

Na posiedzeniu tem 1) przedstawił m. i. Czł. H. Hoyer pracę p. H. Wielowieyskiego p. t.: **Badania nad anatomią, histologią i cytologią organów rozrodczych ryb kostnoszkieletowych.**

2) Sekretarz zawiadomił, że posiedzenie Komisyi historyi nauk matematyczno przyrodniczych odbyło się dnia 21 czerwca 1913 r. Na posiedzeniu tem przedstawił m. i. X. Czaykowski komunikat o rękopisie, znajdującym się w bibliotece XX. Augustyanów. Rękopis ten, oznaczony liczbą 280, zawiera drobną pracę, która daje odpowiedź na kilkanaście pytań treści fizyologicznej. Stanowisko autora, mimo iż zdradza jeszcze pewne ślady oderwanej spekulacyi, zwraca się przecież przeważnie na drogę spostrzeżeń; autor walczy przeciwko przesądom, na rozstrząsane zapytania szuka odpowiedzi uchwytnej, którą możnaby było sprawdzić na drodze doświadczalnej. W taki sposób roztrząsa n. p. następujące pytania: »czemu człowiek chrypnie, kiedy ogląda pysk wilkowi?« (pogląd przechowany do dziś dnia w znanem hiszpańskiem przysłowiu); »czemu zwierzęta obrośnięte lenią się zimą prawie wszystkie, przynajmniej częściowo, a wieprze nie?«; »czemu człowiek z gniewu blednie, a ze wstydu się rumieni?«; »czemu z ust cuchnie człowiekowi o płaskim nosie albo garbatemu?«; »czy ptakom co zastępuje przewód moczowy?«, »czy możemy przez wpływ na wyobraźnię oszukać zwierzę?«. Odpowiadając na to ostatnie pytanie, opisuje chód skaleczonej kozy; używając przytem wyrazu »protendit«, podpisuje po polsku »przewłoczy«. Twórcą rękopisu był niejaki Eneasz. Kim był ten Eneasz, obeznany z Arystotelesem i Ptolomeuszem, poprzednik Kopernika i Jana Głogowczyka? Skąd czerpał bodźca i wskazówek? Czy znał ówczesne ludowe lecznictwo? Mówca nie znalazł dotychczas odpowiedzi.

Następne posiedzenie Komisyi historyi nauk matemat.-przyrodniczych odbyło się dnia 15 listopada 1913 r. Na posiedzeniu tem Prof. Wrzosek podał wiadomość o niewydanym atlasie anatomicznym słynnego chirurga, profesora Wszechnicy Jagiellońskiej, Ludwika Bierkowskiego (1801—1860). Bierkowski zaczął wydawać w Berlinie w r. 1849 atlas anatomiczny p. t. »Chirurgisch-anatomischer Atlas, bestehend aus 60 bis 65 sauber gestochenen und naturtreu illuminierten Kupfertafeln... Eine Pracht-Ausgabe«. Wyszła zaledwie trzecia część tego istotnie wspaniałego wydawnictwa, stanowiącego dziś wielką rzadkość bibliograficzną. Nie ma tego atlasu Biblioteka Jagiellońska, ani uniwersyteckie biblioteki we Lwowie i w Wiedniu. Posiada go natomiast biblioteka Uniwersytetu Berlińskiego. Egzemplarz tej biblioteki składa się z 20 kolorowych tablic; na wewnętrznej stronie okładki znajduje się dopisek: »Hierin zwanzig Tafeln, nicht mehr erschienen«. Nakładca atlasu zaręcza w przedmowie, że zeszyty atlasu Bierkowskiego rychło będą po sobie następować, ponieważ poczynił wszelkie do wydawnictwa przygotowania, posiada połowę miedziorytów i większość rysunków do następnych tablic. Przyczyna zaniechania wydawnictwa nie jest wiadoma. Wydane tablice odznaczają się dokładnością i artystycznem wykonaniem. Przez długi czas nie było wiadomo, co stało się z oryginałami

niewydanych tablic. Część ich znalazła się niedawno w Przemyślu w zbiorach Towarzystwa przyjaciół nauk, mianowicie 15 tablic oryginalnych rysunków Bierkowskiego. Sześć tablic jest kolorowych, reszta zrobiona ołówkiem lub tuszem. Z liczby 15 oryginalnych tablic 4 są już reprodukowane w egzemplarzu biblioteki uniwersyteckiej w Berlinie. Prócz tego w zbiorach przemyskich znalazły się 22 tablice atlasu Bierkowskiego, już odbite. Wśród tych tablic są 4, których niema w egzemplarzu berlińskim. Z liczby 60 do 65 tablic, z których miał się składać atlas Bierkowskiego, zostało zatem wydanych 24, oryginałów pozostało 11, co stanowi razem 35 tablic, a więc większą część atlasu. Co stało się z resztą rysunków, nie można było dojść. Dzięki uprzejmości Zarządu Tow. przyj. nauk w Przemyślu niedokończony atlas i rysunki anatomiczne Bierkowskiego stały się, drogą wymiany, własnością Muzeum historyi medycyny w Uniwersytecie Jagiellońskim. Rysunki anatomiczne odznaczają się tak wielką dokładnością, iż obecnie mogłyby być reprodukowane w każdym podręczniku lub atlasie anatomii.

Krakowskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie z d. 3. XII. 1913.

Przewodniczy: wiceprezes Prof. Dr Nowotny. Obecnych członków 64.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Na członka Towarzystwa przyjęto jednogłośnie kol. Karola Mayera.

3) Wybrano komisyę przedwyborczą, do której weszli: Prym. Borzęcki, Cercha, Damski, Engländer, Filipkiewicz sen., Friedmann, Prof. E. Godlewski, Grzybowski, Habicht, Herman Hirsch, Kostecki, Krzyszkowski, Prof. Krzyształowicz, Lachs, Jan Landau sen., Prof. Julian Nowak, Owsiński, Piotrowski, Poźniak, Radwańska, Prof. Rosner, Rydel, Surzycki, Zygmunt Wachtel sen., Wespański, Zydłowicz.

4) Kol. prof. Lewkowicz przedstawia dziewczynkę 7-letnią M. K. po operacyi doszczętnej, wykonanej przez kol. prof. Nowotnego na wyrostku sutkowatym i częściach przyległych **z powodu zapalenia surowiczego opon.**

Dziewczynka przyjęta została do kliniki pedyatrycznej z ostrymi objawami oponowymi i objawami zapalenia ucha środkowego oraz komórek wyrostka sutkowatego z przebiciem błony bębenkowej. Na podniesienie zasługuje, że objawy uszne nie były zbyt natężone: wypływ cuchnący z przewodu, lekka bolesność przy ucisku na skrawek, bolesność wyrostka sutkowatego, coraz wyraźniejsza w ciągu spostrzegania, jednak bez wyraźnego zaczerwienienia skóry lub obrzmienia w tej okolicy.

Objawy oponowe także nie były zbyt silne: ślad sztywności karku, ślad objawu Kerniga, bóle głowy, wymioty. Gorączki nie tylko nie było, ale nawet były stany subnormalne w pierwszych dniach pobytu chorej w klinice, a dopiero potem zaczęła się ciepłota nagle podnosić. Można się było wahać, czy opony rzeczywiście są zajęte, a jeżeli tak, czy istnieje wskazanie do energiczniejszego wystąpienia.

W podobnych przypadkach badanie płynu mózgowordzeniowego z uwzględnieniem stosunków ilościowych co do ciśnienia, ilości i jakości białka, ilości i jakości ciałek białych, obecności bakteryi, daje rzeczywiście bardzo ważne wskazówki. W przypadku przedstawionym zostało ono wykonane przed operacyą trzy razy. Znaleziono ciśnienie początkowo prawidłowe, później nieco wzmożone (28 mm Hg), ilość białka początkowo prawidłową (0·01%), potem nieco wzmożoną (0·03%), przyczem odczyn globulin, początkowo ujemny, stał się dodatnim. Tylko ilość ciałek białych była od początku wzmożona w czwórnasób (około 8 w 1 mm^3), a później wzmożenie stało się jeszcze wybitniejszem (30 w 1 mm^3). Chodziło początkowo o same limfocyty, później zjawiły się także ciałka wielojądrzaste (ropne) jako nieznaczna przymieszka (8%). Badanie bakteryologiczne wypadło ujemnie.

Z badania płynu wynikało, że opony są zajęte zapaleniem surowiczem. Najczulszym objawem tego zapalenia, gdyż pojawił się on przed innymi, była pleiocytoza, wzmożenie ilości ciałek białych. Postęp sprawy był z badania płynu widoczny, ale nie zbyt gwałtowny.

Tego rodzaju aseptyczne surowicze zapalenia opon przy zajęciu zapalnem ucha środkowego należy uważać za wynik zapalnego obrzęku obocznego. Są one pierwszym objawem, niejako pierwszym etapem posuwania się zapalenia ku oponom. Po tem zapaleniu surowiczem następuje drugi etap: zapalenie ropne, i to, jakby wynikało z drugiego przypadku, którego przebieg kol. L. przytoczył, zrazu aseptyczne; wreszcie sprawa kończy się trzecim etapem: wtargnięciem mikrobów ropotwórczych i ogólnem ropnem, zawsze śmiertelnem zapaleniem opon.

Wobec tych możliwości ostre zapalenie surowicze pochodzenia usznego powinno stanowić bezwarunkowe wskazanie do usunięcia ropnego ogniska pierwotnego w uchu środkowem. Istnieją tu pewne analogie z zapaleniem wyrostka robaczkowatego. W jednym i drugim przypadku chodzi o niebezpieczeństwo przeniesienia się sprawy na sąsiednią błonę surowiczą, opony lub otrzewnę. Gdy jednak otrzewna może się bronić zbliżeniem się sieci, wytworzeniem zrostów, tak że w przeważnej liczbie przypadków powstaje tylko ograniczony ropień, a nie rozlane zapalenie, to w oponach na podobną obronę wcale liczyć nie możemy, a przeważnie musimy brać w rachubę jeszcze jedno niebezpieczeństwo, że do sprawy może być wciągnięta zatoka poprzeczna. Dlatego, o ile można nie pisać się na stanowisko chirurgów, że każde zapalenie wyrostka robaczkowego musi być leczone operacyjnie. o tyle postępowanie doszczętne przy zapaleniach opon wydaje się kol. L. jedynie racyonalnem, niewykonanie zaś zabiegu musi być uważane za ciężkie zaniedbanie wobec chorego.

Pod jednym względem znajdujemy się co do zapalenia wyrostka sutkowatego w lepszem położeniu, aniżeli przy zapaleniu wyrostka robaczkowatego: mamy ściślejsze wskazania operacyjne, gdyż dzięki badaniu płynu mózgowordzeniowego możemy wyrobić sobie względnie jasne pojęcie o tem, co się w oponach dzieje.

Operacyi doszczętnej dokonał prof. Nowotny (rozdłutowanie wyrostka, dotarcie do opony twardej, usunięcie z niej wysięku włóknikowo-ropnego, otwarcie zatoki poprzecznej i usunięcie z niej skrzepu). Po operacyi objawy zapalenia opon szybko ustąpiły, a badanie płynu mózgowordzeniowego wykazało stosunki prawidłowe.

W związku z przedstawionym przypadkiem omawia kol. L. przebieg w drugim analogicznym przypadku, który jednak nie był operowany i zakończył się niekorzystnie.

S. P., lat 9, leżał w klinice od marca do maja z ropnicą gronkowcową i ogniskiem zapalnem w płucu jako prawdopodobnym punktem wyjścia. Wyszedł podleczony, a w domu zupełnie przyszedł do siebie. Wrócił w październiku z objawami oponowymi. Badanie wykazało początkowo zapalenie surowicze aseptyczne, później zapalenie ropne aseptyczne. Ucho lewe było nieco bolesne, ale bóle nie występowały samoistnie i bolesność stwierdzono dopiero po zwróceniu uwagi na możliwość pochodzenia usznego. Otyatra nie stwierdził jednak wybitniejszych zmian przy badaniu wziernikowem i pochodzenie uszne wyłączył. Wobec tego sprawa stała się niejasną. Uwzględniano trzy możliwości: związek z przebytą przed kilku miesiącami ropnicą, zapalenie opon nagminne z ujemnym na razie wynikiem badania bakteryologicznego i zapalenie pochodzenia usznego. Chory zmarł, a sekcya potwierdziła ostatnie przypuszczenie. Sprawa w tym przypadku postępowała o wiele gwałtowniej, aniżeli w pierwszym, było jednak niewątpliwie w początkach znaczne prawdopodobieństwo uratowania chorego przez zabieg doszczętny. Niestety rozpoznanie pochodzenia usznego było ze strony otyatry podane w wątpliwość.

Oba przypadki są pouczające z wielu względów. I tak wykazują one, jak nieznaczne mogą być niektóre objawy

uszne mimo niewątpliwego pochodzenia usznego zapalenia opon, jak ważne wskazówki może dać badanie płynu mózgowo-rdzeniowego co do tego, czy opony są zajęte i w jakim stopniu; wykazują konieczność postępowania doszczętnego i znaczne jego szanse we wczesnych okresach zajęcia opon i zajęcia zatoki poprzecznej.

5) Kol. prof. Nowotny, nawiązując do pierwszego przypadku, przedstawianego przez kol. Lewkowicza, omawia szczegółowo zabieg operacyjny i jego przebieg. Na dowód, że zabiegi takie często dają dobre wyniki, przytacza chorego z kliniki chorób nerwowych, którego operował przed kilku miesiącami. Pokazuje następnie gwizdek dziecinny, który kilka dni temu wyjął zapomocą ezofagoskopii z przełyku.

W dyskusyi przemawiali: a) prof. Kader, zaznaczając radykalne stanowisko kliniki chirurgicznej w zapaleniach wyrostka sutkowatego i omawiając następnie przypadek połknięcia małego pieniądza, który niedawno miał sposobność operować. W przypadku tym niewprawny lekarz przy próbach ezofagoskopii zrobił sztuczny kanał obok przełyku w tkance łącznej. Wykonana następnie przez Kadera ezofagotomia już chorego uratować nie mogła. — b) Prof. Gliński podaje obraz sekcyjny wyżej wspomnianego przez Kadera przypadku, nadmieniając, że ten sztuczny kanał, zrobiony ezofagoskopem, sięgał aż do podziału tchawicy.

6) Kol. Jaworski przedstawił chorą, operowaną z powodu **kamicy żółciowej,** w której z płynu, znajdującego się w woreczku żółciowym, wyhodował **drobnoustroje duru**. Chora dur przechodziła przed dwoma laty.

7) Kol. Składkowski przedstawił chorą, operowaną z powodu **zapalenia wyrostka robaczkowego.**

8) Kol. Hładyj przedstawił: a) chorego operowanego przez siebie z powodu pęknięcia **wrzodu dwunastnicy**, z wynikiem pomyślnym, omawiając przy tej sposobności sam zabieg operacyjny, etyologię i rozpoznanie różniczkowe tego cierpienia; b) chorego operowanego z powodu **włamania czaszki,** wywołanego uderzeniem żelaznego młotka.

9) Kol. prof. Kader przedstawił: a) chorego operowanego z powodu obustronnego **zapalenia wyrostka sutkowatego**; b) chorą z gastrostomią, wykonaną z powodu **zwężenia przełyku;** c) dwie chore operowane z powodu **zapalenia wyrostka robaczkowego;** d) przypadek **nerki torbielowatej,** usuniętej drogą operacyjną; e) chorego, u którego wstrzyknięcie salwarsanu wywołało porażenie mięśni ręki; f) chorego operowanego z dobrym skutkiem z powodu **raka krtani;** g) chorą, u której plastycznie wykonano staw łokciowy, przywracając jej zdolność ruchów w tym stawie. Sekretarz doroczny: J Zubrzyck

Posiedzenie z d 10. XII. 1913.

Przewodniczy: prezes Dr Janiszewski; obecnych członków 70.

1) Protokól z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Na członków Tow. przyjęto jednogłośnie kol. Dr Wacława Zakrzewskiego, Kornela Michejdę, Kazimierza Jaworskiego, Alexandra Lauera, Adama Wrzoska.

3) Prof. A. Rosner: przedstawia przypadek **cięcia cesarskiego,** wykonanego przy miednicy t. zw. **pelvis obtecta**, z powodu garbu.

4) Wybrano zarząd na rok 1914 w następującym składzie: Prezes: Prof. Dr Bronisław Kader, wiceprezes: Dr Adam Rydel, skarbnik: Dr Ackermann, gospodarz: Doc Dr Michał Seńkowski, sekretarz doroczny: Dr Kazim. Jaworski; Komisya kontrolująca: Dr Tymoteusz Piotrowski, Dr Eljasz Stahr. Komisya redakcyjna Przegl. lek.: Dr Maks. Blassberg, Prof. Dr Tadeusz Browicz, Prof. Dr Franc. Krzyształowicz, Prof Dr Kaz. Majewski, Prof. Dr Maks Rutkowski. Przew. Kom. przemysłowej; Dr Jan Frączkiewicz. Członkowie Rady zawiadowczej Tow. lek. gal.: Prof. Dr Tad Browicz, Prof. Dr Stan. Ciechanowski. Delegaci na Zjazd Tow. lek. gal.: Dr Adam Ackermann, Prof. Dr Stan. Ciechanowski, Prof. Dr Nap. Cybulski, Dr Damski, Prof. Dr Stan. Dobrowolsi, Dr Tomasz Janiszewski, Prof. Dr Kaz. Kostanecki, Dr August Kwaśnicki, Prym. Dr Jan Landau (senior), Dr Stefan Schöngut, Dr Józef Surzycki; zastępcy: Dr Tad. Berezowski, Dr Józef Krzyszkowski, Prof. Dr Wład. Reiss, Prym. Dr Zyg. Wachtel.

Pozostają nadal w urzędzie do końca trzechletnich kadencyi: sekretarz stały, bibliotekarz, redaktor i administrator »Przeglądu lek.«. Dr Zubrzycki, sekretarz

---

Wydział lekarski Towarzystwa przyjaciół nauk w Poznaniu.

Zebranie d. 7. V. 1913.

Zebranie to odbyło się w nowym Zakładzie ortopedycznym dla kalek im. B. S. Gąsiorowskiego na Bytyniu.

1) Kierujący lekarz kol. Wierzejewski przedstawia historyę zakładu, ufundowanego przez córkę ś. p. B. S. Gąsiorowskiego, która na ten cel ofiarowała 2 miliony marek. Zakład urządzony jest według najnowszych wymagań techniki i higieny i jest bogato wyposażony w pierwszorzędne instrumentaryum w zakres ortopedyi wchodzące.

2) Koledzy Wierzejewski, Skoczyński, Pawlicki przedstawiają **szereg przypadków** bardzo ciekawych **z dziedziny ortopedyi** i chorób nerwowych, wśród których podnieść należy przypadek obustronnego rozlanego naczyniaka limfatycznego nóg u noworodka.

3) Przyjęto na członków Dra Stefana Wysockiego z Poznania, Dra Feliksa Piotrowskiego z Zbąszynia, Dra Kaźmierza Sella z Kcyni, Dra Stanisława Górnego z Kowanówka.

Po zebraniu naukowem kol. Wierzejewski podejmował obecnych koleżeńską wieczerzą. Adam Karwowski.

Zebranie z dnia 23. V. 1913.

1) Zagajając zebranie wiceprezes kol. Łazarewicz omawia dzieło prof. Wrzoska: »Propedeutyka lekarska« i poleca je gorąco do studyów.

2) Kol. Pawlicki przedstawia chorego, u którego operował nowotwór szczęki, wrastający w jamę Highmora, przez resekcyę górnej szczęki. Nowotwór miał utkanie włókniaka. Wynik kosmetyczny nader korzystny.

3) Kol. Wierzejewski pokazuje chorą 15-letnią ze skróceniem kości udowej. Różnica wynosi 6—8 cm, a polega na **częściowym braku kości udowej,** jak to stwierdziło badanie promieniami Roentgena. Istnieje tu

Naturalna
Szczawa Bilińska
Najobfitsza alkaliczna
(sód-lit) szczawa
Czech. 143

staw luźny, prawdopodobnie wrodzony, a zauważony z chwilą, gdy chora zaczęła chodzić.

W dyskusyi a) kol. Skoczyński zaznacza, że zapewne chodzi o wrodzony brak na podstawie aplazyi układu nerwowego; — b) kol. Szuman wspomina o nadliczbowem żebrze.

4) Kol. Wierzejewski zdaje sprawę z badania drobnowidowego tkanki u dziecka z obrzmieniem wrodzonem nóg (przedstawionego przy otwarciu zakładu ortopedycznego). Ponieważ stwierdzono tylko zwyczajne rozdęcie naczyń limfatycznych, przeto prelegent leczy ten przypadek kompresyą zapomocą opaski Esmarcha.

5) Kol. Karwowski zachęca do wzięcia udziału w wycieczce na Zjazd międzynarodowy w Londynie.

6) Kol. Szuman omawia **przypadek przewlekłego zesztywnienia kręgosłupa typu Bechtjerewa.** Choć znano już dawniej zrosty kręgosłupa, to jednak główną zasługę opisania zniekształtniającego zapalenia kręgów (spondylitis deformans) przypisać należy Marie, Strümpellowi, Bechtjerewowi. Przypadek spostrzegany przez mowcę dotyczy 36-letniego mężczyzny, nieobciążonego dziedzicznie, wolnego od kiły i alkoholizmu. Chory miał w 22. roku przewlekłego wiewióra, poczem kilkakrotnie zapalenie tęczówki. Ożenił się w 28. roku życia i miał 2 słabowitych dzieci. W 29. roku rwa kulszowa, w 32. r. z. gościec stawowy w rękach, karku, kolanach, stopach i krzyżu. W r. 1909 miąższowe zapalenie nerek. Od kilku miesięcy utrudnione zginanie kręgosłupa i bóle rozpromieniające się z uczuciem ściskającego gorsetu. Kręgosłup o 30° pochylony, odruchy wszystkie żywe. Oczy prawidłowe, tylko, jak stwierdził kol. Kapuściński, lewa źrenica skutkiem zrostów lekko ściągnięta i lewe ciało szkliste lekko zmętniałe. Badania promieniami Roentgena nie można było wykonać. Podobne objawy spostrzegali Anglicy u pracujących ciężko robotników, Plate zaś widział je u zwierząt z kręgosłupem pionowym (kangury i t. d.)

W dyskusy na zapytanie kol. Wierzejewskiego, czy nie zachodzi tu gruźlica i kol. Skoczyńskiego, czy nie było kiły, prelegent odpowiada, że ani nie było po temu danych, ani próba Wassermanna i Pirqueta nie były dodatnie.

Adam Karwowski.

Powstanie i rozwój sanatoryalnego leczenia gruźlicy płuc.

Podał

Dr Antoni Kuczewski z Zakopanego.

Myśl leczenia płuc powietrzem i stosownem odżywianiem, jak wiadomo, liczy co najmniej parę tysięcy lat. Powstała ona, o ile dotarły badania nowszych czasów do starych źródeł, już u Celsusa (urodził się w 30 r. przed N. Chr), który zalecał swym chorym pobyt nad morzem. Powietrze wiejskie, zwłaszcza lasów szpilkowych, stosowali Areteusz i Pliniusz starszy. Galenus zaś wysyłał swoich chorych w góry na mleczną kuracyę (1).

Medycynie ludowej niejednego narodu wszystkie te środki, razem lub z osobna wzięte, były oddawna znane. Może tem właśnie należy tłómaczyć, że myśl ta ciągle odradza się i zajmuje lekarzy w rozmaitych miejscach i czasach.

Najwcześniejszy jej ślad w epoce naszej znajdujemy w Szkocyi. W r. 1747 pewien lekarz, nie odważający się nawet wymienić swego nazwiska, pisze list z gór tego kraju do swych przyjaciół w Londynie, gdzie twierdzi, że najwa-

KNOLL & Co.
LUDWIGSHAFEN a/Rh.

Triferrin

z 16% żelaza i 2½% fosforu; w połączeniu z arsenem jako

Arsen-Triferrin

(Kołaczyk Arsen-Triferrin zawiera 0·0003 g. arsenu).

Środek wzmacniający

przy bledniey, niedokrewności, ozdrowieniu, skrofulozie, krzywicy i innych stanach osłabienia Bez zaburzeń żołądkowych, ponieważ nierozpuszczalny w soku żołądkowym, natomiast w jelicie rozpuszczają się oba przetwory łatwo i ulegają doskonale wessaniu.

Rp. Triferrin-Tabl. po 0·3 g lub Arsen-Triferrin-Tabl. po 0·3 g Nr. XXX. (K 1·25) Opak. oryg. Knoll.

3 razy dziennie 1 kołaczyk (po 0·05 Fe) lub 0.3 jako proszek. Kołaczyki te poleca się rozżuć i popić nieco wody.

żniejszym — »most important« — czynnikiem w leczeniu suchot płucnych jest świeże powietrze i odżywianie — «fresh air and diet« (2). Trudno dociec, czy ten nieśmiały początek miał jaki wpływ na innego lekarza angielskiego, Dr. W. Buchana, który w wydanem w r. 1783 dziele »Treatise on Domestic Medicine« zaleca na gruźlicę płuc obok »pure and free air« i odżywiania się mlekiem, również przejażdżki konno i w powozie (3).

Niewiadomo również, jaki był związek między temi od czasu do czasu rzucanemi myślami, a założeniem w r. 1791 w Margate w południowej Anglii pierwszego przeznaczonego dla zołzowatych dzieci nadmorskiego szpitala pod nazwą »Royal Sea Bathing Infirmary«. Faktem wszakże, nie dającym się zaprzeczyć, pozostaje, że powstał on na pół stulecia przed takimiż zakładami francuskimi (4).

Na tem wszakże nie koniec. W pierwszej ćwierci XIX stulecia dwaj lekarze: jeden Szkot, a drugi Anglik, Campbell i A. Steward, podnoszą znowu lecznicze znaczenie omówionych wyżej środków. Steward wprowadza nadto środki wodolecznicze (5). W tym samym mniej więcej czasie, bo w r. 1814, zostaje otwarty w Londynie na City Road pierwszy szpital dla chorych na płuca pod nazwą »Royal Hospital for Diseases of the Chest« (6). Za nim idzie założony w r. 1841 tamże tegoż rodzaju »Brompton Hospital« (7). Zaznaczam ten fakt tylko dla ścisłości. Nie uważałbym bowiem wcale za szczęśliwy pomysł leczenia gruźliczych w szpitalach miejskich i pomieszczania ich razem z dotkniętymi innemi postaciami chorób dróg oddechowych, a nawet narządów krążenia krwi. Nadto, trudno nie zgodzić się z T. Duninem (8), że powstały te szpitale i inne późniejsze »bynajmniej nie w świadomym celu walki z gruźlicą«, ale dzięki dążeniu angielskich lekarzy do specyalizacyi w leczeniu chorób.

Nierównie ważniejszem natomiast zdarzeniem w walce z gruźlicą było pojawienie się w r. 1840 na gruncie znowu angielskim pracy Dra Georgea Bodingtona z Sutton Coldfield w hrabstwie Warwickshire pod tyt. »Essay on the Treatment and Cure of Pulmonary Consumption on Principles Natural, Rational and Succesful«(9). Tutaj na 14 lat przed H. Brehmerem angielski lekarz rozwija zasady powietrzno-dyetetycznego leczenia gruźlicy płuc w zamkniętym zakładzie. W przedmowie do tej pomnikowej pracy ogłasza autor, że wybudował zakład leczniczy dla gruźliczych, gdzie jako jedna z zasad leczenia będzie przeprowadzony ścisły — »almost hourly« — i stały, — »constant« — dozór lekarski — »medical supervision» — nad kuracyą, sposobem spędzania czasu i wogóle porządkiem dnia chorych. Rozwijając dalej myśl o położeniu zakładu, wymaga Bodington, aby było ono wysokie i suche — »high and dry« — teren piaszczysty albo żwirowaty — »sandy or gravelly bottom«, — powietrze wolne od mgieł i wilgoci — »free from fogs and dampness«.

Zbijając następnie przyjęte wówczas ogólnie leczenie ciepłem zamkniętych mieszkań »the warmth of a close room« i wziewaniem rozmaitych gazów, B. wypowiada następne znamienne słowa: »The only gas fit for the lungs is the pure atmosphere freely administred, without fear; its privation is the most constant and frequent cause of the progress of the disease. To live in and breathe freely the open air without being deterred by the wind or weather is one important and essential remedy in averting its progress«, co brzmi po polsku: »Jedynym dla płuc nadającym się gazem jest czyste powietrze. Używać go należy bez obawy. Brak powietrza stanowi najstalszą i najczęstszą przyczynę niepowstrzymanego rozwoju choroby. Istotnem i jedynie skutecznem lekarstwem dla jej powstrzymania jest życie i oddychanie świeżem powietrzem bez względu na wiatr i słotę«. W innem miejscu autor zaznacza, że choremu w żadnym przypadku nie wolno ze względu na stan powietrza zabraniać ćwiczeń fizycznych na otwartem powietrzu. »Chłód w naszym klimacie, dodaje, nigdy nie może być za ostry — too severe«,

Obok świeżego powietrza Bodington wprowadza drugi ważny czynnik leczniczy od trawiącej choroby, który zasadza się na »a nutrious diet of milk, fresh animal and farinaceous food (jedzenie)« z dodaniem »a proper quantum of wine«. To ostatnie zaleca stosować jednak bardzo oględnie, bo »having regard to the general state and condition of the patient«.

Zwyczajem angielskim nie rozwadniając swych myśli zbyteczną ilością słów, autor nasz po wyłuszczeniu głównych zasad swego sposobu leczenia na zakończenie podkreśla, że »the common hospital in a large town is the most unfit place imaginable for consumptive patients«. — »Ogólny szpital w wielkiem mieście jest najnieodpowiedniejszem miejscem, jakie tylko da się pomyśleć dla chorego na suchoty płucne«.

Widzimy przeto, że już w r. 1840 w Anglii niedaleko od Birminghamu zostało założone pierwsze sanatoryum dla gruźliczych, a wyżej przytoczony pobieżny zarys złotych myśli jego twórcy powinien każdego nieuprzedzonego przekonać, że nie Niemiec Herman Brehmer, ale Anglik George Bodington był ojcem sanatoryalnego leczenia gruźlicy płuc. Nie mówiąc już o najważniejszych czynnikach, jak czyste powietrze i odżywianie, ale ścisły dozór lekarski, hartowanie ustroju i ćwiczenia fizyczne zostały uwzględnione w tym powstałym na 14 lat przed Brehmerem planie leczenia. Co do pracy fizycznej, to w przeciwstawieniu do niemieckiej »Liegekur« będzie ona stanowiła charakterystyczny czynnik, jak to niżej zobaczymy, angielskiego sposobu sanatoryalnego leczenia gruźlicy płuc.

Jak teraz, tak i dawniej, Anglia przez swoje geograficzne położenie była mniej znana i odwiedzana od innych krajów przez cudzoziemców. Myśl Bodingtona, jak później Brehmera, natrafiła nietylko na obojętność, ale na silną niechęć i opór współrodaków. Brehmera wszakże w najtrudniejszych chwilach, bo w samym początku istnienia jego sanatoryum w Görbersdorfie, poparli zaufaniem w znacznej mierze chorzy cudzoziemcy (12). Bodington takiego poparcia otrzymać, nie mógł. Swoi go wyśmieli. Musiał zatem zwinąć swój zakład i oddać do użytku umysłowo chorych. Brehmer zaś potrafił przetrwać wyszydzania spółkolegów i po długiej wytrwałej walce o swoje zasady powoli zdobył ogólne dla nich uznanie. Myśl Bodingtona jednak zamarła nie odrazu.

Odradza się ona w r. 1855 u lekarza z Belfastu w Irlandyi, Henryka Mac Cormaca. W dziele swem, na owe czasy wprost co do głębi poglądów i treści klasycznem, noszącem długi tytuł: »On the Nature, Treatment and Prevention of Pulmonary Consumption and incidentally of Scrofula with a Demonstration of the Cause the disease« autor ten znowu podnosi myśl powietrzno-dyetetycznego leczenia i znowu bez skutku.

Dopiero w Niemczech pod wpływem znakomitych dzieł (10) już wspomnianego Hermana Brehmera i założonego przezeń w r. 1854 sanatoryum w Görbersdorfie na Śląsku Górnym myśl ta przyjęła się i powoli, w ciągu dziesiątków lat, zdobyła ogólne uznanie. Byłoby rzeczą zgoła zbyteczną rozwodzić się nad ogólnie znanemi Brehmerowskiemi zasadami leczenia, ale dla ciągłości, najbardziej zaś dla porównania z systemem Bodingtona, należy je choćby w najgrubszych zarysach sobie przypomnieć. A więc na pierwszym jego planie stoi 1) jaknajdłuższe przebywanie chorych na świeżem powietrzu; wbrew przyjętej później przez P. Dettweilera »Liegekur«, chorzy w Görbersdorfie mają dla siebie ułożony cały system przechadzek, przeplatanych częstymi odpoczynkami na ławkach, w parku po ścieżkach o stopniowym łagodnym spadzie. 2) Drugim podstawowym czynnikiem jest obfite o wielkiej ilości tłuszczu odżywianie. 3) Po trzecie, o ile pierwszy czynnik miał rozwijać małe i słabe (według Rokitanskyego i Louisa) serce gruźliczych chorych, o tyle wodoleczenie powinno było podnosić czynność skóry i hartować ustrój. 4) Po czwarte, stosowanie tych czynników leczniczych powinno być ściśle uzależnione od stanu zdrowia chorego i zmieniane nietylko co dnia, ale co godzi-

ny. 5) Po piąte, już z powyższych zasad wypływa, że zakład musi być zamknięty i że lekarz poniekąd powinien być wychowawcą chorego. Nareszcie Brehmer, wbrew późniejszemu twierdzeniu odmiennemu Dettweilera, kładzie silny nacisk na wielką leczniczą własność klimatu górskiego.

Jeżeli te myśli Brehmera porównać z zasadami Bodingtona, to musi uderzyć wielkie ich podobieństwo: główne podstawy tesame u obydwóch, różnice zachodzą tylko w szczegółach, które dotychczas jeszcze nie są przez ogół lekarzy przyjęte. A więc, Bodington pomija zupełnie hydroterapię i nie wspomina nic o klimacie górskim, choć wymaga od położenia sanatoryum, aby było »high« — wysokie; w odżywianiu chorych również nie podkreśla tłuszczu. Nie można również nie podkreślić tu zgodności zapatrywania obu twórców obecnego leczenia gruźlicy płucnej, że chorzy odpowiednio do stanu swego zdrowia powinni pozostawać więcej w ruchu na świeżem powietrzu, niż w spokoju, tembardziej, że ten pogląd tylko w małym stopniu przyjął się na gruncie niemieckim wówczas, gdy rozwinął się w cały system na angielskim.

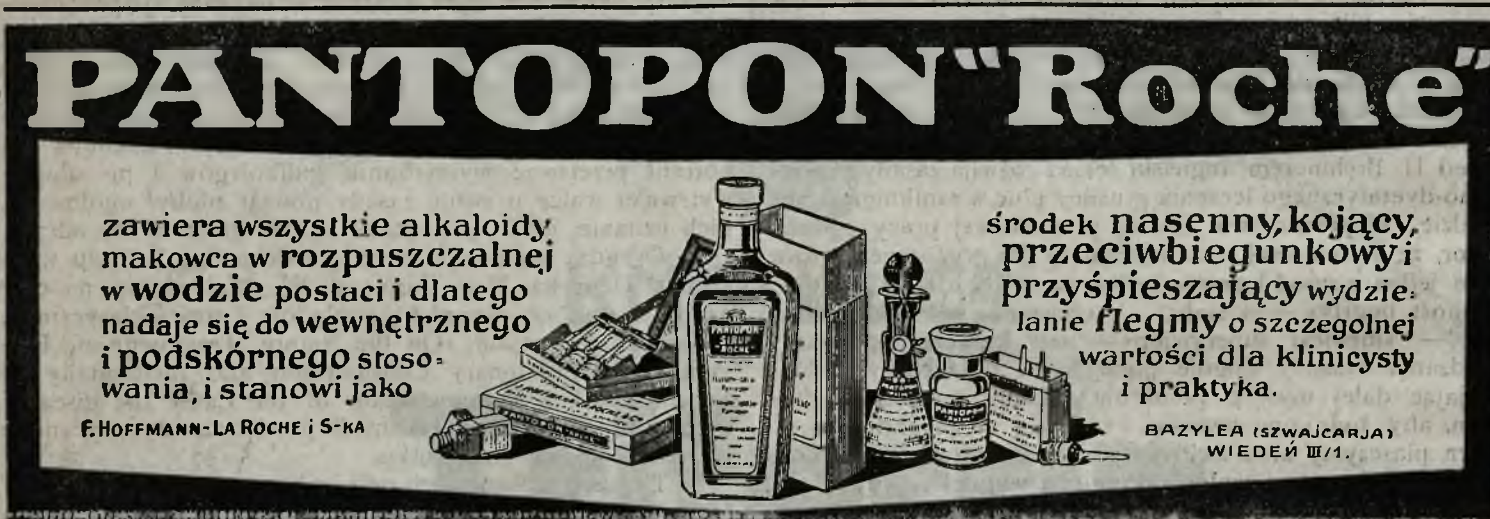
Wobec wielkiego podobieństwa obu rozpatrzonych systemów, nic dziwnego, że niektórzy pisarze angielscy starają się dopatrzyć w nich więcej, niż przypadkowego związku (11). Mimo atoli najskrupulatniejszych poszukiwań w dostępnem mi angielskiem i niemieckiem piśmiennictwie, nie udało mi się nigdzie znaleść najmniejszego dowodu, aby Brehmerowi było znane wyżej wymienione dzieło Bodingtona. Co więcej, Dr. Alfred Sokołowski, jak wiadomo, uczeń i spółpracownik Brehmera, listem swoim w tej sprawie do mnie jeszcze bardziej potwierdza moje przypuszczenie, że Brehmer doszedł do swego pomysłu samoistnie i niezależnie od Bodingtona.

Po Brehmerze prowadzi dalej jego dzieło jeden z jego pacyentów i najzdolniejszych uczniów, Dr. Piotr Dettweiler, który w r. 1876 zakłada własne sanatoryum w Falkenstein w górach Taunus niedaleko od Frankfurtu n. M. Do systemu mistrza wprowadza nowy czynnik leczniczy: t. zw. »Liegekur«.

Doszedł on do tego pomysłu nie samodzielnie, ale, jak stwierdza tak pewne źródło, jak »Deutsches Reichsgesundheitsamt« pod wpływem Polaka, Dra Kaczorowskiego z Poznania. Ze względu na doniosłość tego faktu dla dziejów twórczości myśli polskiej, pozwalam sobie dosłownie (13) przytoczyć odpowiednie zdanie tego naczelnego urzędu zdrowia Rzeszy niemieckiej, które brzmi: »Dettweiler hat insbesondere, einer Anregung Kaczorowskis, eines Posener Krankenhausarztes folgend, die sogenannte Liegekur der Anstaltsbehandlung eingereiht«. Nadto, wbrew nauczycielowi, nie nalega (12) na górski klimat i gotów jest zadowolić się każdem położeniem uzdrowiska, byle powietrze było wolne od kurzu i dymu, oraz byle było dużo słońca i drzew naokoło (12).

Za przykładem Brehmera i Dettweilera i na wzór ich uzdrowisk powstaje w Niemczech, zwłaszcza południowych, i w Szwajcaryi, cały szereg prywatnych zakładów leczniczych, że wymienię tylko Reiboldsgrün, St. Blasien, Davos, Dra Römplera w Görbersdorfie (1) i Nordrach, Kolonie Dra O. Walthera, założone w r. 1889 (16) w górach Szwarzwaldu niedaleko od Biberach am Zell. Ostatni zakład podkreślam, a to z tego względu, że on i jego twórca mieli wielki wpływ na dalszy rozwój sanatoryalnego leczenia w Anglii.

(Dok. nast.).







†

Dr Edward Gerard Festenburg

długoletni wielce zasłużony prezydent Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej, wieloletni prezydent Krajowej Rady Zdrowia, zmarł d. 26 stycznia 1914 r. we Lwowie w 71. roku życia.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło 28. I. 1914 posiedzenie, na którem prym. dr. Zaremba z Wadowic przedstawił wyleczony operacyjnie przypadek postrzału czaszki, dr. Ruppertowa przedstawiła hodowle paciorkowca o niezwykłych własnościach hemolitycznych, prof. dr. W. Jaworski przedstawił przypadki karłowatości i chondrodystrofii i omówił analizę elektrokardyogramów odmiennym sposobem, a dr. Mayer mówił o nieznanej drodze wydobywania się tonów i szmerów sercowych. W dyskusyach przemawiali prof. Lewkowicz, Kader, Rosner, doc. Latkowski, dr. Glassner, D. Hirsch, Mayer, Rydel.

Najbliższe posiedzenie Towarzystwa odbędzie się również w klinice prof. Jaworskiego.

— W szpitalu św. Łazarza otwarty został w d. 25. I. b. r. w obecności grona lekarzy szpitalnych nowy pawilon barakowy, przeznaczony na rozszerzenie oddziału chirurgicznego. Stałe a ogromne przepełnienie tego oddziału, rozwój samodzielnego prawie działu urologicznego i ortopedycznego, wreszcie zwinięcie z d. 1. I. 1914. oddziału chirurgicznego w szpitalu dziecięcym św. Ludwika, nagliły do stworzenia nowego pawilonu w czasie jak najkrótszym i dlatego jedynem na razie rozwiązaniem sprawy było zbudowanie baraku Döckerowskiego. Barak sprowadzono z fabryki czeskiej; urządzenia wewnętrzne wykonano w kraju. Pawilon, doskonale urządzony, zawiera dwie duże sale, trzy separatki, dwa pokoje dla służby, kancelaryę lekarską, magazyn bielizny, pokoik opatrunkowy, kuchenkę podręczną, dużą łazienkę z umywalniami i t. d., a obliczony jest na 50 łóżek. Uzyskanie tego koniecznego choć prowizorycznego rozszerzenia oddziału chirurgicznego jest wielką zasługą dyrekcyi szpitala i kierownictwa oddziału.

— Doc. Dr Zygmunt Radliński mianowany został kierownikiem oddziału chirurgicznego w krakowskim szpitalu Br. Miłosierdzia, z tytułem operatora. Oddział tęn liczy 60 łóżek.

— Jak donoszą dzienniki, zostały przy wierceniach w Krynicy w głębokości 800 m. odkryte solanki.

— »Akademicki Związek sportowy«, który postawił sobie za cel »wniesienie w mury Uniwersytetu Jagiellońskiego blasków młodości, zdrowia i siły«, a to, rozbudzając wśród młodzieży uniwersyteckiej zamiłowanie do ćwiczeń fizycznych, podaje w swem sprawozdaniu za r. 1912/13 pogląd na pierwsze pięciolecie swej działalności. O skuteczności jej świadczy najlepiej fakt, że gdy przed pięciu laty młodzież o ćwiczenia fizyczne wcale nie dbała, dziś co ósmy ze słuchaczy Un. Jag. należy do »Związku sportowego«. Liczba członków w ciągu pięciolecia wzrosła z 65 do 343, sekcyi istnieje 7 (narciarska, wioślarska, szermierska, strzelecka, tennisowa, krajoznawczo-turystyczna i fotograficzna), roczny obrót kasowy z 909 K. doszedł do poważnej sumy 48.811 K., majątek z 105 K. do 7.631 K., liczba wycieczek z 10 do 186. Szybki i potężny rozwój »Związku« jest objawem bardzo korzystnym.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 11. I. do 17. I. 1914 zgłoszono przypadków: błonicy 3 † 1 (obcych — † 1), krztuśca 6 † — (— † —), ospy wietrznej 5 † — (— † —), płonicy 10 † 1 (— † —), odry 12 † — (— † —), duru brzusznego 2 † 1 (1 † —), gorączki połogowej — † — (1 † —), róży 3 † 2 (— † —), tężca — † — (1 † 1). Dr Janiszewski.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 12. I. do 19. I. 1914. przypadków: płonicy 3 † —. Dr Trenkner.

Z różnych stron. Zjazd lekarzy i przyrodników czeskich odbędzie się w r. b. z końcem maja.

— Międzynarodowy Zjazd dla talassoterapii odbędzie się w Cannes w kwietniu 1914 pod przewodnictwem prof. d'Arsonvala. Początek Zjazdu 15. IV. 1913. Referentami tematu: »O heliioterapii morskiej« będą m. i. prof. Robin, prof. Broca, dr. Delille, Vidal, Claisse. Dokładniejszych wiadomości zasięgnąć można u sekretarzy Zjazdu dr. Cavasse i dr. Mantoux w Cannes (Alpes-Maritimes).

— Nagrodę im. Moczutkowskiego przyznało Towarzystwo lekarskie wileńskie dr. Krainskijemu za pracę p. t. »Sadyzm u pedagogów«.

— Towarzystwo laryngologiczne berlińskie obchodzi w r. b. 25-lecie założenia (nie 50-lecie, jak podano w Nr. 4 »Przeglądu«).

— Celem jednolitego podawania literatury przyjęto w Niemczech i Austryi stałe zasady, które najlepiej objaśni przykład: »Eulenburg. Realenz. (4) 5. 1913. S. 125« ma znaczyć: »Wydanie 4 (ma być w nawiasie), tom 5, strona 125«. Skrócenia dla najczęściej używanych czasopism są następujące: B. kl. W. (Berliner klin. Woch.), D. m. W. (Deutsche med. Woch.), M. Kl. (Medic. Klinik.), M. m. W. (Münchener med. Woch.), W. kl. W. (Wiener klin. Woch.), W. m. W. (Wiener med. Woch.), Arch. — Archiv, Sml. — Sammlung, Mit. — Mitteilungen K.

Mianowani: fizyolog prof. Pawłow w Petersburgu — akademikiem; psychiatra doc. Agadżanjanc z Petersburga profesorem w Warszawie.

Zmarli: dr. Henryk Zawadzki w 41 r. ż. w Ożaryczach w Mińskiem (z duru plamistego); wybitny klinicysta prof. Teodor Opęchowski z Charkowa (Polak), w Berlinie; dr. Jakób Sunderland w 53 r. ż. w Warszawie.

Redakcya otrzymała: Józef Zawadzki: 1) Punkty bolesne brzucha i klatki piersiowej. 2) O t. zw. nieżycie okrężnicy śluzowo-błoniastym. (Medycyna i Kron. lek. 1913). — IV. Sprawozdanie akademickiego Związku sportowego w Krakowie 1913. — L. Korczyński: 1) Kiłowe schorzenie tętnicy głównej i t. d. 2) Mnogie przerzutowe ropnie w wątrobie powstałe w toku zapalenia wyrostka robaczkowego (Kraków 1913). 3) Tożsamo po niemiecku (Österr. Aerzte-Ztg. 1913). 4) Ein Fall von Ankylostomum-Krankheit (Tamże). 5) Spostrzeżenia kliniczne w kilku przypadkach choroby Heine-Medina. 6) Nerwica wegetatywna z ograniczonymi kurczami mięśniowymi. — Korczyński i Stupnicki: Odma piersiowa, powikłana odmą podskórną, jako następstwo urazu wewnętrznego (Kraków 1913)

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w styczniu 1914.

Gazeta lekarska. Nr 1—4. Brudziński: W sprawie leczenia płonicy surowicą przeciwpaciorkowcową (1—3). — Piotrowski: Przyczynek do zejścia śmiertelnego z powodu wstrząsu anafilaktycznego (1). — Czubalski: Wpływ duszenia na zawartość adrenaliny we krwi (2). — Chłapowski: Eventratio diaphragmatica rudimentaria (3). — Szmurło: O t. zw. polipach nosogardzielowych i o ich leczeniu (4). — Żebrowski: Przypadek guza perlistego kości skroniowej (4).

Medycyna i Kronika lekarska. Nr 1—5. Landau i Temkinówna: Studya nad zapaleniem nerek. I. Zapalenie nerek, a hyperglykemia (1—2). — Karłowicz: Przyczynek do wyjaśnienia związku między wolem i gośćcowem schorzeniem stawów (1). — Wicherkiewicz: O jaskrze prostej, jej przyczynach i leczeniu (2). — Maliniak: O przedziurawieniu kiszki cienkiej (3). — Szpanbok: Światło i jego znaczenie lecznicze w medycynie wewnętrznej (3—4). — Springer: O stosowaniu oleju szarego w cierpieniach syfilitycznych (4—5).

Tygodnik lek. Nr 1. Gąsiorowski: Cholera w Galicyi w r. 1913. — Nowicki: Odma pęcherzykowa pęcherza moczowego.

Nowiny lek. Nr 1: Blassberg: O fosfaturyi. — Wł. Palmirski: Cholera ze stanowiska epidemiologii, morfologii, biologii i higieny publicznej. — Klęsk: Cierpienia chirurgiczne u chorych wiądowych ze stanowiska lekarza praktycznego.

Lekarz wileński: (1913) Nr 11: 25-lecie Nowin lekarskich. — Klara Zaleska: O t. zw. odczynie Ehrlicha w płonicy. — Bogusz: O projekcie powszechnego nauczania w Wilnie z punktu widzenia higieny szkolnej. — B.: Trochę cyfr z sanitaryi wileńskiej. — Kuczewski: Obchód jubileuszowy Nowin lekarskich. — Nr 12: Vivos voco. — K. Zaleska: O t. zw. odczynie Ehrlicha w płonicy. — D-o. Curiosum. Odcinek. — Kahn: Enzytol, pomocniczy środek w radioterapii złośliwych nowotworów. — B.: Głosy prasy lek. rosyjskiej o udziale Wilna w wystawie higienicznej w Petersburgu. — Boguszewski: Szpital im. Szlenkierów.

Pamietnik Towarzystwa lek. warsz.: T. 109. Z. 4: Sokołowski: Ś. p. Stanisław Kamieński. — Stefan Mutermilch: Adsorbcyjna teorya anafilaksyi.

Neurologia polska. T. 3. Z. 6: Łuniewski: O gonitwie wy-

obrażeń w przypadku porażenia postępującego. — Messing: Przyczynek do anatomii patologicznej porażeń ołowiczych. — Więckowski: Odczyn hemolizynowy w płynie mózgowo-rdzeniowym.

Postęp okul. (1913) Nr. 11, 12. Szafnicki: Hetol w lecznictwie okulistycznem. — Kleczkowski i Szymanowski: Badania doświadczalne nad anafilaksyą i antyanafilaksyą.

Zdrowie. Nr. 1.: Ciechanowski: Wychodźtwo pod względem higieniczno społecznym. — Mojkowski: Rodzajowanie czyli klasyfikacya mięsa. — Fidler: Stan szpitalnictwa ziemi Radomskiej (c. d.).

Kronika dentyst. Nr. 1. Hofung: Stan współczesny sprawy znieczulania miejscowego w dentystyce. — Zawidzki: Rys ortodontji nowoczesnej (c. d.).

Głos lekarzy Nr. 1. Mikołajski: 1) XIX wiec Izb lekarskich austryackich. 2) Szał przyrodo-leczników. — Zion: Nadmiar słuchaczy na medycynie. — Jubileusz »Nowin lekarskich«. — Debata parlamentarna o zwalczaniu chorób zakaźnych.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we wtorek d. 3. lutego 1914 w klinice medycznej (Kopernika 15) o godz. 6 wieczorem.** Porządek dzienny: 1) Prym. doc. dr. Latkowski przedstawi chorych ze swego oddziału. — 2) Dr. Mayer przedstawi: a) fotografowanie samego serca, b) prześwietlanie wzmocnionymi promieniami Röntgena, c) ułatwiony sposób osłuchiwania płuc i serca własnego pomysłu. — 3) Dr. Z. Wachtel: O działaniu najnowszych środków sercowych (z przedstawieniem chorych). — 4) Dr. Nowaczyński: Przedstawienie chorych z uwzględnieniem badania rentgenologicznego. — 5) Dr. Mayer: Elektrokardyogramy chorych sercowych, zdjęte pod działaniem różnych środków leczniczych.

Posiedzenie administracyjne Sekcyi jarosławskiej Towarzystwa lekarzy galicyjskich odbędzie się **d. 3. lutego 1914 o g. 5 wieczór** w szpitalu powszechnym w Jarosławiu. Porządek dzienny: 1) Demonstracya chorych — kolega Dr Fechter. 2) Sprawozdanie roczne. 3) Wybór zarządu na rok 1914 i delegata na Walne Zgromadzenie. 4) Wnioski członków.
Sekretarz: Dr W. Orłowski. Zastępca prezesa: Dr Fechter.

Nadesłane.

HUNYADI JÁNOS
GORZKA WODA NATURALNA
NAJLEPSZY ŚRODEK CZYSZCZĄCY
ZWRACAĆ UWAGĘ FIRMĘ ANDREAS SAXLEHNER NA KAŻDEJ ETYKIECIE

NATURALNA SÓL SZPRUDLA
jest jedynie prawdziwą solą KARLSBADU
Zastrzega się przed falsyfikatami
1+7

Dr Bronisława Korabczyńska
kierowniczka zakładu radiologicznego szpitala św. Łazarza w Krakowie
otworzyła 294
zakład rentgenowski dla dyagnostyki i terapii
przy ul. karmelickiej 20 I. — Godziny ordyn. 3—5 popoł.

Szczawa Krondorfska uznana za najlepszą i naturalną.
Najlepsze skutki w nieżytach żołądka i pęcherza, jakoteż dróg oddechowych. 205
Prospekty rozsyła na żądanie Brunnen-Unternehmung Krondorf bei Karlsbad lub też Generalna reprezentacya dla Galicyi i Bukowiny, Kraków, Grodzka 45. Lwów, Sykstuska 51.

MATTONI'EGO SÓL MUŁOWA


z leczniczego mułu - Soos pod Franzensbadem. :: Naturalne zastępstwo kąpieli mułowych w domu. Zastosowanie podług przepisu lekarskiego. Żądać zawsze MATTONI'EGO SOLI MUŁOWEJ. o

FABRYKA OPATRUNKOW CHIRURGICZNYCH „VIS“ W KRAKOWIE.
wyrabia
obecnie watę do celów ginekologicznych pod nazwą prawnie zastrzeżoną:
„GYNOS“
Jest to najlepszy gatunek waty sterylizowanej w płatkach 20×12 cm. Każdy karton »GYNOS« zawiera 250 gr. tej waty.
Poprzednie oznaczenie waty ginekologicznej literą P, jako nie zatrzeżone kładli na swej wacie wszyscy austryaccy fabrykanci opatrunków. Dla zapobieżenia tym nadużyciom upraszam Wnych Panów Lekarzy-Ginekologów, chcacych poprzeć moj wyrób, zapisywać łaskawie: »Gossypii Gynos« scatul. original. Nr..
208 Z poważaniem
L. M. Dobrowolski.

Diabetes mellitus
Do racyonalnego leczenia dyetą ze strony lekarskiej ocenione środki spożywcze i przetwory pod nadzorem lekarskim jak mąki, różne pieczywa, napoje etc. tylko z pierwszego austr. specyalnego zakładu
„Sanity“ 212
Praga, ul. Pańska Nr 7. — „Karlsbad: Haus Wiesbaden“ Sprudelstrasse 52.
Broszury „Jak mamy żyć“ obok przepisów gotowania dla dyabetyków bezpłatnie i opłatnie.
Dostawca wszystkich klinik i sanatoryów!
Żądajcie cenników!

DR. ST. BENEDYKT KWIATKOWSKI 282
B. I. Asystent Kliniki chorób wewnętrznych U. J. ordynuje w Meranie (Haus Venosta) do końca kwietnia od maja zaś w Maryenbadzie (Haus Hamburg).

Rok LIII. Kraków, dnia 7. lutego 1914 Nr 6.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z c. k. szkoły położnych i oddziału położn.-ginekologicznego szpitala św. Łazarza w Krakowie. (Prymaryusz: Prof. Dr St. Dobrowolski).

O leczeniu poronień gorączkowych i septycznych

podała

Dr. Ada Markowa

asystentka c. k. szkoły położnych.

Rewizya wytycznych, ustalonych dla leczenia pewnego rodzaju schorzeń, spowodowana bądź postępem w danej gałęzi sztuki lekarskiej lub w gałęziach pokrewnych, bądź krytycznym umysłem badacza, jest zawsze zjawiskiem dodatniem i pożądanem. Uniemożliwia ona zaskorupianie się poglądów w pewnych szablonach, sprowadza często zbawienne zmiany zasadnicze, poniekąd przewrót, często jednak również, po wędrówce po rozmaitych manowcach, w całej rozciągłości potwierdza celowość tej metody, którą zrewidować, ewentualnie obalić pragnęła.

W nauce o położnictwie przeżywamy obecnie tego rodzaju proces, dotyczący zagadnienia o leczeniu poronień, przebiegających z podniesieniem ciepłoty i poronień septycznych.

Zasadą, ustaloną dla leczenia wszelkiego poronienia, z wyjątkiem t. zw. poronienia grożącego (abortus imminens), gdzie celem postępowania naszego jest utrzymanie zagrożonej ciąży, było jak najszybsze opróżnienie macicy z płodu i jego części dodatkowych, jak również z wszelkich ich pozostałości, opróżnienie tem rychlejsze, gdy sprawa przebiegała z podniesieniem ciepłoty, świadczącem o zakażeniu wewnątrz-macicznem. Przeciwwskazaniem dla tego »leczenia czynnego« było rozszerzenie się sprawy zakaźnej na przydatki, tkankę łączną okołomaciczną lub otrzewną, jednem słowem przekroczenie ścian macicy. Te objawy zmuszały lekarza do postępowania zachowawczego.

Tak stała sprawa do roku 1909, kiedy na zjeździe ginekologów w Strassburgu wystąpił ze swym poglądem Winter. Pogląd ten, oparty na 10-letniem doświadczeniu klinicznem, uzupełnił on następnie i rozwinął w roku 1911. Statystyka Wintera obejmuje 100 przypadków poronień septycznych, a wynik stosowanego przez niego wówczas leczenia czynnego pouczył go, że jest ono połączone z wielkiem niebezpieczeństwem dla chorej. Na 80 przypadków czynnie leczonych poronień miał Winter 13 przypadków śmierci, 21 ciężkich schorzeń; na 20 zaś poronień septycznych, leczonych bez interwencyi czynnej metodą zachowawczą, miał 18 wyleczeń i 2 nieznaczne wysięki. Winter sądzi, że manipulowanie w jamie macicy wywołuje wtargnięcie zarazków w jej ściany i, co za tem idzie, szerzenie się sprawy zakaźnej drogami naczyń krwionośnych lub limfatycznych, co szczególniej następuje wtedy, gdy w wydzielinie z pochwy osoby roniącej znajdujemy paciorkowca hemolitycznego. Dlatego sposób postępowania uzależnia Winter w pierwszym rzędzie od wyniku badania bakteryologicznego wydzieliny z dolnej części pochwy, sądząc, że da się to zawsze w praktyce wykonać. Obecność hemolitycznego paciorkowca jest bezwzględnem przeciwwskazaniem dla badania, płukania lub opróżniania macicy: zabiegi te wytwarzają świeże rany, do których może wniknąć paciorkowiec hemolityczny i wywołać ciężkie zakażenie. Następnie tylko niejadowite drobnoustroje — saprofity (prątek okrężnicy, gronkowiec żółty, ziarenkowiec czworaczy [tetragenus], odmieniec i inne) dadzą się usunąć wraz z obumarłemi częściami płodu i matki, gdyż na tych właśnie żyją. Ponieważ zaś usunięcie tych resztek nie usuwa paciorkowca hemolitycznego, co więcej, stwarza dla niego, jak zaznaczyliśmy, nowe wrota, przeto w tych przypadkach dobre rokowanie daje leczenie zachowawcze, mające na celu samoistne ukończenie poronienia lub wyczekanie okresu, gdy paciorkowiec zniknie. Gdy ze względu na krwotok trzeba poronienie ukończyć natychmiast, jakkolwiek mamy do czynienia z paciorkowcem hemolitycznym, to i wtedy wszelka uzyskana zwłoka jest korzystną, gdyż drobnoustrój ten traci z czasem na jadowitości, a wyczekiwanie samo przez się nigdy nie może przynieść szkody.

Nadmienimy tu jeszcze co do strony technicznej, że Winter należy do przeciwników łyżeczki, a jest zwolennikiem usuwania treści z macicy zapomocą palca po uprzedniem rozszerzeniu szyjki.

Zdanie Wintera nie pozostało bez echa i znalazło zarówno gorliwych zwolenników, jak i przeciwników.

Z pośród wybitniejszych zwolenników Wintera (Zangenmeister, v. Herff, Opitz) najskrajniejszym w swej zachowawczości jest Traugott, dla którego obecność jakiegokolwiek paciorkowca jest już przeciwwskazaniem do leczenia czynnego. Jest on tem większym przeciwnikiem usuwania

czynnego treści z macicy, że zdaniem jego w przebiegu poronień gorączkowych nawet saprofity nabierają zdolności czynnego wnikania w tkankę żywą. Z metody zachowawczej rezygnuje również jedynie przy wskazaniach życiowych (krwotok).

Tymczasem liczne i gruntowne badania bakteryologiczne Schottmüllera wykazały, że saprofity niezależnie od zabiegów mechanicznych i ciepłoty wnikać mogą czynnie do tkanek i naczyń krwionośnych i wywoływać objawy zakażenia ogólnego. A zatem należy je jak najszybciej z macicy usunąć przez usunięcie zalegającej treści, i to właśnie w przypadkach gorączkowych, by nie mogły one wtargnąć do jajowodów i naczyń. Dalej badania Schottmüllera wykazały, że ta zasadnicza różnica, jakiej dopatrywał się Winter pomiędzy paciorkowcem hemolitycznym a saprofitami pod względem nozologicznym, nie istnieje, gdyż wyniki badań nad zależnością pomiędzy obecnością paciorkowca hemolitycznego u ciężarnych i położnic, a zakażeniem połogowem, nie pozwoliły na ustalenie żadnego określonego związku, któryby się dał przeciwstawić związkowi między obecnością saprofitów a przebiegiem połogu. Wreszcie sama własność hemolizy jest niezmiernie chwiejną. Uzależnianie więc sposobu postępowania wobec poronienia od wyniku badania bakteryologicznego pozbawione jest właściwie podstawy, pomimo wielkich postępów, jakie na ogół znajomość flory zakażenia połogowego poczyniła. Zdaniem Ludwiga autorowie, uzależniający swe postępowanie od wyników badania bakteryologicznego, popełniają jeszcze i ten błąd zasadniczy, że uwzględniają jedynie zarazek, nie licząc się z ustrojem chorej. Na zasadzie streszczonego powyżej stanu rzeczy cały szereg autorów jest ostatecznie tego zdania, że leczenia poronień nie można uzależniać od wyników badania bakteryologicznego, a jedynie opierać się ono powinno na klinicznym punkcie widzenia.

Schottmüller, szkoła berneńska (Guggisberg, Ludwig), Fromme, v. Franqué, Latzko, Keller, Kasashima, Mihalkowics, Rosenthal i inni są przeciwni metodzie wyczekującej Wintera. Wyczerpujące dane statystyczne rozmaitych klinik pouczają, że przy poronieniach, przebiegających z podwyższeniem ciepłoty, opróżnienie macicy często nawet natychmiast powoduje spadek ciepłoty, natomiast zaleganie resztek jaja płodowego przez czas dłuższy może być punktem wyjścia dla ciężkich schorzeń połogowych. Jak to słusznie podnosi Fromme, może owo zaleganie przyczynić się do powstania i rozszerzania się zakrzepów żylnych, a nawet i ropnicy. Kasashima na zasadzie obfitego materyału gorąco poleca lekarzowi praktykowi postępowanie czynne bez względu na badanie bakteryologiczne; tegoż samego zdania jest Hamm.

Materyał nasz, dotyczący powyższego zagadnienia, obejmuje 304 przypadków leczenia poronień i rozciąga się na okres czteroletni. Osobną grupę stanowi w tem 90 przypadków poronień sztucznych, mających na celu przerwanie ciąży ze wskazań takich, jak gruźlica płuc, wada serca, zapalenie nerek, mocznica, wymioty niepowściągłe ciężarnych, choroba Basedowa, ciężka niedokrwistość, nowotwór pęcherza, zmięknienie kości. Metoda przerywania ciąży, jaką się posługujemy, polega na tem, że w pierwszych 4 miesiącach rozszerzamy szyjkę zapomocą założenia gazy poza ujście wewnętrzne, a w 24 godziny później z pomocą narzędzi usuwamy jaje płodowe. Od 5. miesiąca ciąży stosujemy metodę Dührssena — (hysterotomia vaginalis anterior, rzadziej posterior). Na tych 90 przypadków przerwań ciąży 68 przebiegało bez gorączki, w 10 przypadkach przebieg był gorączkowy poniżej 38⁰, w 12 powyżej 38⁰, aczkolwiek bez powikłań.

W obliczaniu odsetek przebiegów gorączkowych uwzględnić należy te ze wskazań do przerwania ciąży, które zawierają już w sobie źródło wzniesień ciepłoty. Następnie już w tem miejscu podkreślimy znaczenie, jakie ma w tym względzie tamponowanie macicy po jej opróżnieniu: zatrzymuje ono odchody i wywołuje gorączkę resorpcyjną.

Grupa druga obejmuje 164 przypadków poronień grożących, w toku będących, niezupełnych, zaśniadów i zapalenia błony śluzowej macicy po poronieniu, przebiegających bez gorączki przed zabiegiem i po zabiegu. Sposób postępowania, jak powyżej. Badania bakteryologicznego nie przeprowadzamy.

Grupa trzecia obejmuje 14 przypadków poronień w toku będących u kobiet okazujących w chwili przyjęcia ciepłotę prawidłową. Po opróżnieniu macicy w przypadkach tych było jednorazowe względnie dwurazowe podwyższenie się ciepłoty, w tem raz do 40,4⁰. Jednakowoż wszystkie przypadki przebiegały bez powikłań i chore w 4 do 5 dni opuszczały szpital, jako wyleczone.

Grupa czwarta obejmuje 14 przypadków poronień, przyjętych z ciepłotą poniżej 38⁰ bez jakichkolwiek powikłań. Tę grupę zaliczamy do t. zw. poronień gorączkowych. Wszystkie te przypadki wykazują spadek ciepłoty bezpośrednio lub w 1—2 dni po opróżnieniu macicy, przepłukaniu jej i wyjodynowaniu. Badanie bakteryologiczne również nie było przeprowadzone. Przypadki te podam dokładniej; wszystkie chore w kilka dni po zabiegu opuściły zakład.

1. Ab. incompletus II m. C. 37,5. Abrasio ac irrigatio cavi uteri. Wypuszczona po 5 dniach.

2. Ab. incompletus III. m. C. 37,8. Leczenie takiesamo. Wypuszczona po 4 dniach.

3. Ab. inc. II. m. C. 37. Leczenie takiesamo. Wypuszczona po 3 dniach.

4. Ab. in tractu IV m. C. 37,5. Excochleatio ovi et plac. Irrig. Wypuszczona po 3 dniach.

5. Ab. inc. III. m. C 37,8. Leczenie takiesamo, jak 4. Wypuszczona po 4 dniach.

6. Ab. inc. II. m. C. 37,3. Abrasio ac irrig. cavi uteri. Wypuszczona po 4 dniach.

7. Ab. inc. III. m. C. 37,2. Leczenie takiesamo, jak ad 6. Wypuszczona po 6 dniach.

8. Ab. inc. II. m. C. 37,3. Leczenie takiesamo, jak ad 6. Wypuszczona po 3 dniach.

9. Ab. inc. III. m. C. 38. Leczenie takiesamo, jak ad 6. Wypuszczona po 4 dniach.

10. Retentio placentae p. abortum IV. m. C. 37,6⁰. Extractio manual. plac. Irrig. Po opróżnieniu macicy, wzniesienia ciepłoty dochodziły do 38,3⁰, po tygodniu ciepłota spadła do poziomu prawidłowego. Wypuszczona po 10 dniach.

11. Ab. incompl. II. m. C. 37,8⁰. Abrasio. Następnego dnia C. 38,8⁰, poczem spada do poziomu prawidłowego. Wypuszczona po 4 dniach.

12. Ab. inc. II. m. C. 37,6⁰. Leczenie takiesamo. Wypuszczona po 4 dniach.

13. Ab. inc. III. m. C. 37,6⁰. Leczenie takiesamo. Wypuszczona po 3 dniach.

14. Ab. inc. II. m. C. 37,5. Leczenie takiesamo. Wypuszczona po 4 dniach.

Grupa piąta obejmuje 22 przypadki poronień septycznych. Badanie bakteryologiczne nie było wykonane. Cie-

płota w chwili przyjęcia powyżej 38°, tętno szybkie, język suchy, w niektórych przypadkach objawy ogólnego zakażenia. Daty, dotyczące tych przypadków, są następujące:

1. S. N. Retentio plac. p. abortum IV. m. C. 38°. Extractio manual. plac. Abrasio. Irrigatio. Wyjodynowanie jamy macicy. W ciągu 6 dni po zabiegu wahania ciepłoty wynosiły 37,2—39,3. Następnie ciepłota spadła do poziomu prawidłowego i po upływie dalszych czterech dni chorą wypuszczono wyleczoną.

2. A. F. Sepsis post abortum II. m. Leczenie zachowawcze ze względu na ciężki stan chorej. Gorączka wyniszczająca (hektyczna), codzienne dreszcze, odchody czerwone. Po trzech tygodniach wyskrobanie z powodu stale utrzymujących się czerwonych odchodów i wielkości i zbitości macicy, świadczących o obecności w jej świetle ciała obcego. Bezpośrednio po zabiegu dreszcz. Ciepłota jak przedtem. W tydzień później zejście śmiertelne.

3. Ab. incompletus III. m. C. 38,5. Excochleatio plac. Irrigatio. Po zabiegu ciepłota prawidłowa. Wypuszczono chorą po 8 dniach.

4. A. T. Ab. incompletus III. m. C. 38.4 Abrasio. Irrigatio. Ciepłota spadła po zabiegu. Wypuszczono po 4 dniach.

5. A. S. Abortus incompletus II. C. 39,7°. Abrasio. Irrigatio. Następnego dnia ciepłota najwyższa 37,4, poczem stan bezgorączkowy.

6. H. W. Retentio placentae p. abortum III. m. C. 38,2. Excochleatio placentae. Następnego dnia również 38,2, poczem stan bezgorączkowy.

7. B. Abortus septicus II. m. C. 38,2°. Abrasio. Stan bezgorączkowy.

8. Sz. Abortus septicus III. m. C. 39°. Extractio ovi. Abrasio. Ciepłota spadła; chorą wypuszczono po 3 dniach.

9. Abortus incompletus III. m. C. 38,1°. Abrasio. Ciepłota prawidłowa.

10. Abortus incompletus V. m. C. 39,4°. Po opróżnieniu macicy ciepłota prawidłowa. Wypuszczona po 5 dniach.

11. Retentio placentae post abortum IV. m. C. 38,4°. Excochl. Wypuszczona po 7 dniach.

12. A. F. Abortus II. m. in tractu. Tbc. pulmonum. Ciepłota w chwili przyjęcia 38,9°. Po wykonaniu zabiegu 39°. W następnych dniach nieznaczne stany podgorączkowe w związku ze sprawą w płucach.

13. Mola hydatidosa, C. 38,4°. Extractio manualis. Stan bezgorączkowy; chorą wypuszczono po 7 dniach.

14. Abortus septicus III. m. C. 38,3°. Abrasio. Na trzeci dzień po zabiegu C. 39,1°. Chorą z powodu zapalenia opłucnej przeniesiono na oddział wewnętrzny. Tło septyczne zapalenia opłucnej nie dało się ustalić.

15. Abortus septicus incompletus II. m. C. 39,2°. Abrasio. Wypuszczona po 4 dniach.

16. Retentio placentae post abortum III. m. C. 38,3°. W dwóch następnych dniach nie było podwyższenia ciepłoty. W trzecim dniu po dreszczu C. 40,4°, w czwartym najwyższa ciepłota 38,3., następne dni bez podwyższenia ciepłoty.

17. Missed abortion. C. 39,4. Abrasio. Stan bezgorączkowy; wypuszczona po 9 dniach.

18. Abortus incompletus III. m. C. 38,4. Abrasio. Wypuszczona po 3 dniach.

19. Abortus incompletus IV. m. C. 39. Abrasio. Następnego dnia 37,5, poczem stan bezgorączkowy.

20. Residua post abortum II, m. C. 38,2°. Abrasio. Wypuszczona po 4 dniach.

21. Abortus septicus incompletus II. m. C. 38,4°. Abrasio. Stan bezgorączkowy.

22. Abortus incompletus septicus II. m. C. 39,9°. Chora przywieziona z resztkami jaja płodowego, część usunął lekarz na mieście. Po wyskrobaniu i wypłukaniu macicy ciepłota w następnych 4 dniach wahała się pomiędzy 39,1 a 40,2. W końcu pierwszego tygodnia po zabiegu stwierdzić można było wysięk, który w przeciągu następnych trzech tygodni ustąpił. Chorą wypuszczono, jako wyleczoną.

Na zasadzie własnego doświadczenia należymy zatem do zwolenników natychmiastowego opróżniania macicy, zarówno w przypadkach gorączkowych, jak i w przypadkach septycznych, a wyniki, podane wyżej, świadczą o słuszności naszego stanowiska. Jeden przypadek niepomyślny, gdzie śmierć nastąpiła w tydzień po dokonanem wyskrobaniu, nie może być zaliczony na korzyść teoryi Wintera, gdyż w ciągu trzech tygodni poprzednich chorą tę leczono metodą zachowawczą bez osiągnięcia dobrego wyniku. — Zdaniem Frommego Winter ma słuszność twierdząc, iż są przypadki, sprawiające wrażenie, jakoby opróżnienie macicy bezpośrednio przyczyniło się do pogorszenia stanu chorej, wywołując zakażenie bądź ogólne, bądź miejscowe. Jakkolwiek w tych przypadkach nie da się nigdy stwierdzić, jakim torem poszłaby sprawa, gdybyśmy zabiegu nie wykonali, to jednak przyznać musimy, że istnieje pewna kategorya poronień septycznych, stanowiących dla lekarza »noli me tangere«, która nie da się wtłoczyć w ramy jakiegokolwiek schematu, a wymaga indywidualizowania. Wyosobnienie tych przypadków z ogólnie przyjętej zasady jest rzeczą sztuki lekarskiej, która nigdy nie spadnie do poziomu szablonu.

Gdyśmy więc stwierdzili, że zasadniczo metoda Wintera ani teoretycznie, ani praktycznie nie gwarantuje w wyższym stopniu dobrego stanu roniących, niż postępowanie czynne, i że z drugiej strony statystyka zarówno innych zakładów, jak i nasza, obala zarzuty, skierowane przeciw leczeniu czynnemu, to przypomnieć musimy jeszcze jeden punkt, podnoszony przez autorów przeciw postępowaniu Wintera: w najlepszym razie przystępuje on do opróżnienia macicy w 24 godziny po przyjęciu chorej, t. j. po otrzymaniu wyniku badania bakteryologicznego, gdy tymczasem większość roniących w materyale szpitalnym i klinicznym, to kobiety, zmuszone jaknajrychlej wrócić do swych zajęć i obowiązków, które nie mogą wyczekiwać po kilka lub kilkanaście dni na samorodne ukończenie poronienia. Wreszcie warunki miejsca w zakładach tego rodzaju nie pozwoliłyby na taką, conajmniej zbytkowną metodę leczenia.

Znaczna ilość wysięków, jaką napotykał Winter u swoich chorych, a które w naszych przypadkach dostrzegamy nader rzadko, stoi naszem zdaniem bezsprzecznie w związku z przyjętą przez Wintera metodą przeprowadzania poronienia. Dla usunięcia treści z macicy łyżeczką, lub innem narzędziem, trzeba mniej gwałtownego i wydatnego rozszerzania szyjki macicy, niż dla usunięcia jej palcem, a tem samem szyjka macicy narażona jest na znacznie mniejszy uraz. Wystarcza tu podnieta, stosowana przez nas, to jest, jak podaliśmy wyżej, założenie gazy, wywołujące odruchowo pracę mięśnia macicznego — skurcze, rozszerzające szyjkę. Gaza nie rozpycha szyjki mechanicznie, natomiast blaszecznica, balony i rozszerzadła metalowe stwarzają obrażenia, czasami nieobliczalne. Gdy zaś rozszerzenie szyjki znacznego stopnia jest konieczne, jak to bywa w drugiej połowie ciąży, wtedy wybieramy zabieg chirurgiczny sposobem Dührssena, stwarzający ranę, której położenie i rozmiary zależą od operującego i która ma dobre warunki do gojenia się po zeszyciu (Dobrowolski).

Uchronienie się od niebezpieczeństwa przebicia macicy narzędziami zależy w wysokim stopniu od uwagi i ostrożności operatora, natomiast narzędzia dają zawsze większą rękojmię w kierunku aseptyki, aniżeli palec operującego.

Za zachętę do niniejszej pracy i za odstąpienie materyału składam szefowi mojemu, Prof. Dr. Dobrowolskiemu, serdeczne podziękowanie.

Z kliniki chorób wewnętrznych Uniw. Jagiell. w Krakowie (Dyrektor Prof. Dr W. Jaworski).

Ulepszony sposób określania siedziby szmerów sercowych i porównywania szmerów oddechowych.

Podał

Dr Karol Mayer.

Przy każdem osłuchiwaniu klatki piersiowej porównujemy ze sobą szmery oddechowe miejsc symetrycznych, zwłaszcza szczytów płucnych, dla przekonania się głównie, czy w jednem z tych miejsc niema zaostrzenia, osłabienia szmerów oddechowych. Również zawsze porównujemy ze sobą szmery sercowe dla określenia ich siedziby. Dotychczasowy sposób takich porównywań ma różne niedogodności i nieraz jest źródłem błędów, niezależnych od badającego. Podczas odejmowania słuchawki z jednego miejsca, przenoszenia i przykładania jej oraz ucha do drugiego miejsca celem porównania ze sobą szmerów uwaga rozprasza się na te czynności, prócz tego powstaje przerwa w słuchaniu, co wszystko razem zaciera częściowo lub całkowicie wrażenie słyszanego szmeru. Nadto chory, zwłaszcza dziecko, może zmieniać sposób oddychania tak, że mylnie można przypuszczać w jednem miejscu zaostrzenie lub osłabienie szmerów oddechowych, albo też przeciwnie rzeczywiście istniejąca różnica szmerów może ujść uwadze. Oczywiście niedogodności te wzmagają się u niezbyt wprawnych, niemuzykalnych i mających małą zdolność zapamiętywania wrażeń słuchowych.



Ryc. 1

Toteż każdy badający stara się jak najszybciej przełożyć słuchawkę z jednego miejsca na drugie, czuje bowiem potrzebę skrócenia przerwy pomiędzy jednym szmerem a drugim, wiedząc z doświadczenia, że im szybciej jeden szmer po drugim usłyszy, tem łatwiej i pewniej uchwyci ich różnice. Opierając się na tem doświadczeniu, obmyśliliśmy łatwiejszy i dokładniejszy sposób porównywania szmerów tak, jak się to odbywa w akustyce przy mierzeniu wysokości tonów i w muzyce przy strojeniu. Ton jednego przyrządu muzycznego porównuje się z tonem drugiego w ten sposób, że wydobywa się oba tony równocześnie, albo jeden tuż bezpośrednio po drugim, aby ich różnica odrazu wpadała w ucho. Sposób ten daje się łatwo zastosować do osłuchiwania klatki piersiowej.

Mianowicie włóżmy sobie do każdego ucha po jednej słuchawce gumowej (znanej w handlu pod nazwą otoskopu); przyłóżmy następnie jedną jej muszlę do jednego miejsca klatki piersiowej chorego, a drugą trzymajmy tuż ponad innem miejscem (ryc. 1.) i, usłyszawszy naprzód szmer, pochodzący z pierwszego miejsca, przyłóżmy drugą muszlę do drugiego miejsca, odejmując równocześnie pierwszą muszlę od ciała, ale trzymając ją w pogotowiu blizko pierwotnego jej miejsca. Jeżeli w ten sposób będziemy naprzemian przykładać jedną muszlę, podnosząc równocześnie drugą, natenczas zbliżymy tuż bezpośrednio obok siebie oba szmery dwóch miejsc, choćby najdalej od siebie oddalonych jak, że słysząc jeden szmer natychmiast po drugim, odrazu poznamy ich różnice, czy to w głośności, czy też w ich charakterze. Jak widzimy, sposób ten nie wymaga nowej wprawy, przeciwnie jest prostszy i wygodniejszy, nie potrzeba bowiem pochylać się i przykładać ucha przy każdem przenoszeniu stetoskopu z miejsca na miejsce, co nuży przy badaniu większej liczby chorych; nie potrzeba też za każdym razem na nowo skupiać uwagi, wsłuchiwać się powtórnie, starać się zapamiętać szmer i porównywać następny szmer tylko z zapamiętanym. Zyskuje się również na czasie nietylko w kierunku badania, ale też dlatego, że się zdąży porównać jeden i ten sam wdech lub wydech w dwóch miejscach, nawet najdalej od siebie odległych, a więc choćby sposób oddychania co chwila się zmieniał, można zawsze porównywać szmery, powstałe w tych samych warunkach.

Podobnie dla stwierdzenia, w której części narządu zastawkowego serca powstają szmery, przykładamy jedną muszlę słuchawki, podnosząc nieco drugą równocześnie. Powtarzając naprzemian tę czynność w miejscach wysłuchiwania szmerów sercowych, rozpoznajemy łatwiej i pewniej, w którem miejscu szmer sercowy najgłośniej słychać, czyli w której części narządu zastawkowego szmer ten powstaje.

Również ułatwiamy sobie określenie siedziby szmerów różnorodnych, jeżeli wada zastawkowa dotyczy kilku ujść lub zastawek. W tym celu porównujemy w sposób, wyżej opisany, szmery n. p. nad końcem serca i nad tętnicą główną. Jeżeli słyszymy, że oba szmery są jednako głośne lub tylko nieznacznie się różnią, jeżeli następnie, posuwając małymi odstępami obie muszle ku sobie od pierwotnych ich miejsc, słyszymy, że oba szmery stają się coraz cichsze, natenczas możemy twierdzić, że jeden szmer powstaje w okolicy ujścia lewego żylnego, drugi zaś niezależnie od tamtego nad zastawkami tętnicy głównej. W tym samym celu można odróżnić łatwiej także charakter dwóch szmerów.

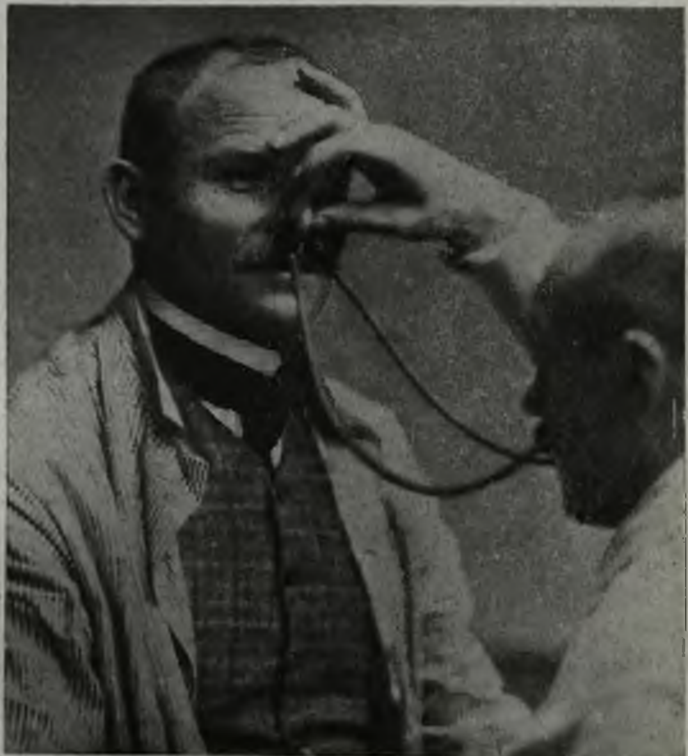
z których jeden może być muzyczny, drugi chropawy, co świadczyć może nieraz, jak wiadomo, że szmery te powstają w okolicy dwóch różnych zastawek. Sposób powyższy osłuchiwania uwydatnia dokładniej i szybciej nietylko różnice w głośności i charakterze szmerów, ale także stopień tej różnicy, co stanowi ważną zaletę, ponieważ tylko bardzo wyraźne różnice należy rozpoznawczo brać w rachubę; a daleko łatwiej stopień tej różnicy ocenić, osłuchując dwa szmery bez żadnej przerwy i mając bez ustanku tylko na nie skupiony słuch i uwagę, czego nie można osiągnąć osłuchiwaniem zapomocą jednej słuchawki. Nadto chorzy z wybitną dusznością nie mogą często powstrzymać oddechu na tyle, abyśmy mogli należycie porównywać szmery sercowe zapomocą przekładania jednego stetoskopu z miejsca na miejsce, wsłuchiwania się za każdym razem na nowo w szmer, zapamiętywania go sobie i porównywania szmeru słyszanego ze szmerem zachowanym w pamięci. Trudności te odpadają przy osłuchiwaniu dwiema słuchawkami.

Również w ten sposób łatwo odróżnić w razie potrzeby tętno płodu od n. p. przyspieszonej akcyi serca matki, przykładając równocześnie lub naprzemian jedną muszlę słuchawki do miejsca osłuchiwania tętna płodowego, drugą do okolicy serca matki.

Oczywiście zapomocą tych dwóch słuchawek można wykonać także resztę osłuchiwania, a więc nie porównawczego, przykładając jedną z nich, albo obie tuż obok siebie do klatki piersiowej.

Przy badaniu różnic szmerów tak oddechowych, jakoteż sercowych, można również o b i e s ł u c h a w k i j e d n o c z e ś n i e przykładać do dwóch odległych od siebie miejsc. Według praw, odkrytych przez Ohma i Helmholtza, ucho posiada zdolność rozkładania dźwięku złożonego na dźwięki składowe, odpowiadające ruchom drgającym prostym; »dźwięki te składowe nie są tylko podmiotowem (subjektywnem) zjawiskiem słuchu; istnieją one rzeczywiście (objektywnie) w powietrzu, przewodzącem każdy dźwięk składowy z osobna» (Helmholtz). Zdolność ucha do rozdzielania kilku dźwięków, słyszanych jednocześnie, znana jest z codziennych doświadczeń: wśród ogólnego dźwięku, wydawanego n. p. przez orkiestrę, złożoną z kilkunastu instrumentów, rozróżniamy z łatwością głosy skrzypiec, fletu trąb i t. d, choćbyśmy tylko jednem uchem słuchali. Skoro wszystkie te dźwięki, wstrząsające jednocześnie tesame cząstki powietrza w przewodzie jednego ucha, dadzą się rozróżnić, to tem łatwiej można odróżnić od siebie tylko dwa dźwięki, słyszane równocześnie. Wytłómaczenie tej zdolności ucha znajdujemy w badaniach nad właściwościami budowy i czynności ucha oraz nad ogólnemi prawami drgania ciał sprężystych. Polegając na tych wynikach badań fizyologicznych i akustycznych, wypowiedzianych krótko w prawie Ohma, możemy polecić, jako zupełnie uzasadniony sposób osłuchiwania równoczesnego dwóch szmerów sercowych i oddechowych zapomocą przyłożenia dwu słuchawek **n a r a z** do dwóch odległych od siebie miejsc; tem bardziej możemy to uczynić, że jeden szmer doprowadzamy sobie do jednego ucha, drugi do drugiego, co ułatwia w jeszcze wyższym stopniu rozróżnianie cech tych szmerów. Z dotychczasowych badań naszych na materyale klinicznym wynika, że najlepiej zawsze używać zarówno tego sposobu, jakoteż pierwszego, na początku opisanego, gdyż w jednych przypadkach pierwszy sposób, w innych drugi, uwydatnia lepiej różnice. Oba sposoby wymagają zaledwie kilku sekund czasu.

Podajemy jeszcze jeden sposób osłuchiwania. Mianowicie można w sposób prosty osłuchiwać tętnicę główną tak, jakbyśmy przyłożyli słuchawkę bezpośrednio do ściany tętnicy głównej w dosłownem tego słowa znaczeniu. Zdanie to nie jest bynajmniej paradoksem, czego dowodzi następujące zastanowienie się nad topografią aorty. Łuk tętnicy głównej przylega bezpośrednio do przedniej ściany dolnej części tchawicy i siedzi okrakiem na lewem oskrzelu. Od łuku aorty odchodzące najgrubsze naczynia, zwłaszcza tętnica bezimienna i tętnice szyjne (carotis), przylegają również



Ryc. 2.

do tchawicy. Dlatego przedewszystkiem tony, powstające w obrębie aorty, górują bezpośrednio w otoczeniu samej tchawicy i pobudzają do drgania cały słup powietrza w świetle tchawicy. To też bez żadnej przesady twierdzimy, że tchawica stanowi stetoskop, którego dolny koniec przylega stale bezpośrednio do ściany tętnicy głównej, górny zaś jego koniec w przedłużeniu aż do zewnętrznych otworów nosowych (przy zamkniętych ustach) możemy połączyć z uchem badającego zapomocą dwóch rurek, wetkanych szczelnie w oba otwory nosowe z jednej strony, a z drugiej w uszy badającego (rycina 2). W ten sposób tony lub szmery o takim charakterze i natężeniu, w jakiem istnieją w okolicy tętnicy głównej, dostają się tą drogą wprost do ucha badającego. I rzeczywiście pomysł ten nasz potwierdziły doświadczenia na osobach zdrowych i chorych w klinice w zupełności. Zdejmujemy muszle z tych samych dwóch słuchawek, których używamy do porównywania szmerów i wolne końce rurek wkładamy do otworów nosowych badanego chorego, przyciskając nieco dwoma palcami skrzydełka, aby szczelnie przylegały do ścian rurek

jak to wskazuje rycina 2. Choremu polecamy, aby bez żadnego wysiłku czynił dłuższą przerwę między każdym wydechem, a następnym wdechem i podczas tej przerwy zamykał usta; możemy też sami dwoma palcami przymykać choremu wargi. Oczywiście chory oddycha przez cały czas badania przez usta. Bardzo ważną jest rzeczą, aby chory nie używał żadnego wysiłku przy powstrzymaniu się od wdechu, ponieważ taki wysiłek sprawia, że struny głosowe lub nagłośnia zamykają drogę falom głosowym, jak to można laryngoskopowo stwierdzić, i wówczas w czasie przerwy nic nie słyszymy. W tem też tkwi jedyna trudność tego sposobu badania, które już wymaga pewnej wprawy. Często nie można nauczyć chorego, zwłaszcza nieinteligentnego, oddychania w ten sposób, aby przy każdym wydechu przymykał wargi i bez wysiłku spóźnił się jedynie z następnym wdechem; podczas stąd powstałej przerwy mamy właśnie usłyszeć same tony bez szmerów oddechowych. W tych przypadkach polecamy naprzód kilka razy głęboko oddychać, a następnie zmienić sposób oddychania na jak najpowolniejszy, z przestankami, i podczas każdego kończącego się wydechu przykładamy szybko naszą dłoń do ust chorego, aby szparę ustną zamknąć, wówczas bowiem najgłośniej słychać tony lub szmery sercowe.

Możnaby także przez szczelne przyłożenie słuchawki do ust, a zamknięcie nosa, osłuchiwać tony, jednakowoż z powodów, nad którymi nie chcemy się tu rozwodzić, polecamy tylko osłuchiwanie przez otwory nosowe.

Ponieważ szmery, powstające w innych ujściach i zastawkach, mogą się także udzielić tą drogą, dlatego i przy tym sposobie badania, jak wogóle przy rozstrzyganiu rozpoznania wad serca, należy polegać nietylko na wyniku osłuchiwania, ale na całkowitym wyniku badania narządu krążenia. Sposób ten jednak posiada pewne zalety zupełnie nowe, których nie ma dotychczasowy sposób osłuchiwania. Przypominamy choćby to, jak ważną rolę odgrywają stosunki przewodzenia tonów i szmerów przez części miękkie, przedewszystkiem przez płuca; jak tony i szmery zostają przytłumione, nieraz zniesione przez rozedmę płuc, wysięk i przesięk osierdny, nagromadzenie tkanki tłuszczowej. W tych przypadkach odprowadzenie tonów i szmerów wprost od tętnicy głównej przez tchawicę i przewód nosowy może oddać cenne usługi, tembardziej, że, jak wyżej wspomnieliśmy, także z innych ujść i zastawek tą drogą tony i szmery się udzielają, co przy uwzględnieniu innych szczegółów rozpoznawczych może zaważyć na szali rozpoznania. — Jak należy powyższy sposób wyzyskać dla rozpoznawania zmian chorobowych specyalnie na zastawkach półksiężycowatych, w ujściu i dalszych odcinkach tętnicy głównej, podamy w następnej pracy po rozleglejszych doświadczeniach w tym kierunku w różnorodnych przypadkach wad serca, które także dla badań elektrokardyograficznych przyjmuje klinika w znaczniejszej liczbie.

Przy dokładnem przejrzeniu całej literatury znaleźliśmy jedynie osłuchiwanie szmerów oddechowych p r z e z u s t a podane najlepiej przez Takatę w Tokio [1]). Autor ten podkreśla, że tonów i szmerów sercowych albo wcale nie słychać, albo tylko niewyraźnie i wówczas tony są zawsze nieczyste. Jak przekonaliśmy się, pochodzi to stąd, że Takata pozostawiał nos otworem, trzymał słuchawkę w pewnej odległości od rozwartych ust i nie zwracał na to uwagi, aby chorzy nie używali wysiłku przy zatamowaniu oddychania, co stanowi przyczynę, że tonów często nie słyszał wcale.

[1]) Münchener med. Wochschft. 1912. str. 212. Takata, Oralauskultation i Berliner klinische Wochenschrift Nr 2. 1912.

Streszczenie:

1) Dotychczasowy sposób porównywania szmerów oddechowych i określania siedziby szmerów sercowych ma różne niedogodności i nie odbywa się w sposób, praktykowany w akustyce.

2) Niedogodności te usuwa w sposób prosty i łatwy osłuchiwanie zapomocą dwu słuchawek giętkich, z których jedną przykłada się do jednego, drugą równocześnie odejmuje się z drugiego miejsca klatki piersiowej, lub obie słuchawki jednocześnie przykłada się do obydwóch miejsc; powtarzając pierwszy sposób naprzemian obiema słuchawkami, słyszymy jeden szmer natychmiast po drugim i dlatego ostro zaznaczają się ich różnice, w czem dopomaga jeszcze drugi sposób jednoczesnego słuchania obu szmerów.

3) Przez odjęcie muszel i włożenie wolnych końców słuchawek do otworów nosowych słyszeć przez nie można tony i szmery aorty przy odpowiedniem oddychaniu chorego [1]).

JW. Panu Profesorowi Dr W. Jaworskiemu dziękuję za cenną zachętę i łaskawe odstąpienie materyału.

[1]) Po oddaniu tej pracy do druku udało się nam sporządzić przyrząd, zapomocą którego można wysłuchiwać tony serca przez nos niezależnie od sposobu oddychania chorego.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Prof. M a r c h e t t i: **O patogenezie choroby Basedowa i jej leczeniu zapomocą tyroidyny płynnej Vassalego.** (La Riforma medica Nr. 19, 1913). Opisano rozmaite zmiany anatomiczne, występujące w przebiegu choroby Basedowa (względnie Flaianiego) tak w obrębie gruczołu tarczowego, jak i w zakresie układu nerwowego ośrodkowego, nerwu błędnego i gruczołów limfatycznych okołotchawiczych i oskrzelowych, jednakże różnorodność tych zmian nie pozwala na żadne pewniejsze wnioski o przyrodzie tego cierpienia. Natomiast do stałych objawów klinicznych należy kołatanie serca, wysadzenie gałek ocznych i powiększenie tarczycy. Ponieważ wól nietylko poprzedzał inne objawy, ale był często prawie jedynym objawem w postaciach poronnych, nic więc dziwnego, że gruczołowi tarczowemu przypisywano pierwszorzędne znaczenie w powstawaniu choroby Basedowa. Po całym szeregu badań doszliśmy do przekonania, że przyczyna tej całej choroby leży w zmienionej chorobowo czynności wydzielania wewnętrznego tarczycy; jednakże i na tem polu powstały różne obozy, z których jeden przyjmował tylko ilościowe wzmożenie czynności wydzielniczej (tiroidismo puro), drugi także i zmiany jakościowe (distiroidismo); wreszcie trzecia grupa przyjmowała tylko zmiany jakościowe. Wyniki dodatnie, jakie osiągnięto dotychczas w chorobie Flaianiego, czy to przez częściowe usunięcie gruczołu, czy też przez podwiązanie naczyń tarczycy, przemawiać mogą na korzyść każdego z tych zapatrywań. Pewne nowe światło rzucają na tę sprawę badania Notkina, który z tarczycy wyodrę-

bnił dwa ciała: 1) tyreoproteid, który z początku działa podniecająco, wywołując drgawki tężcowe, i to silniejsze u zwierząt pozbawionych tarczycy — a dopiero następnie powoduje objawy poraźne i 2) tyreoidynę, której działanie objawia się również wywoływaniem drgawek. Otóż tego faktu, że oba te ciała, mające takie samo działanie, nie działają trująco, mimo, że obok siebie znajdują się w ustroju, nie możemy sobie inaczej wytłómaczyć, jak tylko przyjmując ich wzajemne oddziaływanie na siebie tego rodzaju, że powstaje przez to jakiś nowy czynnik, nietylko nieszkodliwy, ale nawet konieczny dla ustroju. I rzeczywiście Notkin, wstrzykując równocześnie oba te składniki, nie spostrzegał działania trującego. Oprócz ciał, wykrytych przez Notkina, znamy jeszcze inne połączenia, które uzyskano z tarczycy. Fränkel otrzymał połączenie białkowe, które działa przyspieszająco na czynność serca; Baumann zaś połączenie jodu, azotu i fosforu, t. zw. tyreojodynę, która stanowi 0·2—0·5 % ciężaru świeżego gruczołu tarczowego. Greenfield na podstawie obrazu mikroskopowego tarczyc, pochodzących z przypadków choroby B., dochodzi do wniosku, że choroba ta jest w takim stosunku do przerostu i dystrofii tarczycy, jak obrzęk śluzowaty do jej zaniku. Opierając się na tych wszystkich danych, twierdzi M., że dopóki tarczyca drogą wydzielania wewnętrznego wytwarza te składniki, ilościowo i jakościowo w zupełności się zobojętniające, dopóty nie powstają żadne zaburzenia; zachwianie zaś tej równowagi nastąpić musi wtedy, jeżeli jeden z wytworów czynności wydzielniczej dozna zmian ilościowych, lub jakościowych. Teorya ta ma oczywiście tę lukę, że nie znamy czynnika, który właśnie wywołuje te zmiany wydzielnicze. Do swoich zapatrywań dostosował też M. i leczenie choroby B., odmienne od dotychczasowego. Z początku bowiem używano w tem cierpieniu środków ogólnie wzmacniających, jak żelazo, tran i t. p., następnie zwrócono się do hydroterapii i elektroterapii, oczywiście bez wyraźniejszych skutków, stosowano również miesienie tarczycy, antypirynę, salicyl, radioterapię. Wyniki były tutaj bardzo wątpliwe, gdyż żaden z tych środków nie uwzględniał patogenezy choroby B. Także i leczenie chirurgiczne, to znaczy częściowe wycięcie gruczołu, przyniosło zupełne wyleczenie tylko w nader małej liczbie przypadków (według statystyki Witmera 9 na 1423); i większość twierdzi dzisiaj, że leczenie chirurgiczne może tylko do pewnego stopnia dać wyniki korzystne, i to w przypadkach zwykłego wola z bardzo nieznacznymi objawami basedowizmu. Drugiemu okresowi w leczeniu choroby Flaianiego dał początek Möbius, który przyjmując za jej istotę nadmierną czynność wydzielniczą tarczycy, starał się zmniejszyć względnie zobojętnić to nadmierne wydzielanie i polecał w tym celu mięso psów, pozbawionych tarczycy, a nadto podał specyalną surowicę, t. zw. antytyroidynę. Na wzór Möbiusa stosował Lanz mleko i surowicę krwi kóz, którym wycięto tarczycę; Burgart używał krwi osób cierpiących na obrzęk śluzowaty i krwi psów pozbawionych tarczycy, a nadto t. zw. rodagenu (»rodagene«), t. j. mieszaniny cukru mlecznego i sproszkowanego mleka kóz, u których usunięto gruczoł tarczowy. M. w myśl swych zapatrywań, że choroba B. polega nie tyle na wytwarzaniu przez tarczycę nadmiernie obfitej, ile jakościowo gorszej wydzieliny, starał się podawać swoim chorym przetwory, zawierające dobrą wydzielinę wewnętrzną gruczołu tarczowego. Nie używał w tym celu całej tarczycy, jako takiej, gdyż wyniki w ten sposób otrzymane są bardzo niepewne, a czasem nawet wprost szkodliwe, tak, że wielu autorów zaleca ostrożność w stosowaniu całej tarczycy nawet w przypadkach zwykłego wola i radzi przedtem upewnić się, czy nie zachodzą równocześnie ukryte objawy basedowizmu. Natomiast stosował M. nową płynną tyroidynę Vassalego, będącą w pewien odrębny sposób sporządzonym wyciągiem tarczycy wołu, zawierającym czynne składniki gruczołu bez jego trujących nukleoproteidów. Tyroidynę tę podawał M. trzy razy dnia po 10 kropel i dochodził do 90 kropel na dzień. Nowy ten przetwór, który stosowano już z wielkim pożytkiem w przypadkach obrzęku śluzowatego, ma tę zaletę, że będąc płynem, daje się łatwo dawkować, nadto długo się utrzymuje, nie tracąc swych właściwości i nie wywołuje żadnych zaburzeń żołądkowych. Wprawdzie liczba przypadków, leczonych przez M. tym sposobem, jest niewielka (6), jednakże ich przebieg pod wpływem tego leczenia utwierdza autora w przekonaniu, że podstawą choroby B. jest dystyroidyzm.

Dr Tempka.

Higiena.

(Z posiedzeń referatowych lekarzy miejskich w Krakowie).

Jaksch: **Śmierć pozorna a cucenie** (Der Amtsarzt Nr 4. 1913). Jedynym pewnym objawem śmierci jest wystąpienie plam pośmiertnych albo rozkład zwłok. Ponieważ te dwa objawy nie powstają odrazu, ale pierwszy dopiero w kilka godzin po śmierci, drugi zaś zazwyczaj drugiego albo nawet trzeciego dnia, przeto usiłowali różni badacze podać inne pewne objawy śmierci. Halluin wkraplał eter do worka spojówkowego, przyczem u żywego człowieka powstawał odczyn z powodu drażnienia, na zwłokach zaś nie było odczynu. Icard wstrzykiwał podskórnie rozczyn fluorescyny, poczem u żywego skóra zabarwiała się żółtozielono, zaś na zwłokach pozostawała niezmienioną. Ten sam autor podał t. zw. próbę ołowiową, podlegającą na tem, że skrawek bibuły napojony octanem ołowiowym, wprowadzony do nozdrzy barwi się w nozdrzach zwłok czarno. Collonges radzi wprowadzić do ucha badającego palec zwłok, przyczem w razie pozornej tylko śmierci słychać szmer od działania mięśni, w razie śmierci istotnej nic nie słychać. Przy prześwietlaniu promieniami Roentgena zwłok widać na płycie żołądek i jelita, a nie widać ich przy prześwietlaniu u żywego. Wszystkie te objawy pomocnicze nie są jednak pewne i dlatego autor stanowczo radzi cucić przez kilka godzin każdego zmarłego śmiercią gwałtowną lub nagłą, gdyż dopiero wystąpienie plam pośmiertnych jest niezbitym dowodem, że dalsze próby cucenia będą bezowocne.

Weinsberg.

Schein: **Wyniki działalności lekarza szkolnego w Ołomuńcu w roku 1911/12** (Der Amtsarzt Nr 5 1913). Autor jest równocześnie lekarzem miejskim i szkolnym w Ołomuńcu. W roku 1911/12 zbadał w niemieckich szkołach miejskich 1556 dzieci, t. j. 94·3 % zapisanych. Zupełnie prawie bez wartości jest podawanie w odsetkach stanu odżywienia dzieci, gdyż ocena tego stanu i zaliczanie dziecka do jednej z kategoryi jest czysto podmiotowe. Słuszniejszem więc jest podawanie istotnie stwierdzonych skłonności, ale i w tym wypadku daty z różnych miast bardzo daleko odbiegają od siebie. I tak n. p. autor (okulista) stwierdził w I klasie dalekowzroczność u 80 % dzieci, natomiast Burgerstein w podręczniku higieny Weyla na 20.000 dzieci w I klasie szkół w Zurychu znalazł tylko 1·2 % dalekowzrocznych. Schein przypuszcza, że Burgerstein brał w rachubę tylko te dzieci, które żalą się na przypadłości z powodu dalekowidztwa, gdy on sam uwzględniał wszystkie przypadki znaczniejszej nadmiarowości wzroku. Wszystkie druki lekarza szkolnego wzorowano na berneńskich. Autor podnosi z naciskiem, że uważał za swoje zadanie, nie gromadzenie materyałów statystycznych, ale pouczanie rodziców i leczenie dzieci według zasady: »Wolny wybór lekarza dla dzieci zamożniejszych, bezpłatne leczenie wszystkich dzieci ubogich«. W ten sposób poddano leczeniu przez specyalistę chorób ucha i nosa blizko 200 ubogich dzieci za taryfowem wynagrodzeniem (Autor nie podaje, kto płacił to wynagrodzenie). Artykuł zawiera pod adresem lekarzy szkolnych następującą przestrogę: Nie należy ulegać »psychozie statystycznej« i gromadzić ciągle tylko cyfry. Jeden z okulistów szkolnych n. p. zbadał w jednym roku 13.354 dzieci, czyli okrągło 26.700 oczu. Tymczasem autor uważa opiekę nad 4 tysiącami dzieci przy zajęciu się tą czynnością jako główną (»im Hauptamt«),

a nad 2000 dzieci przy ubocznej czynności lekarza szkolnego (»im Nebenamt«) za maximum pracy. Wszystkie wyższe liczby mogą wprawdzie imponować laikowi, ale u fachowca muszą budzić powątpiewanie w ścisłość wyników badania. To też nie piękne tabele statystyczne leczą dzieci szkolne z blednicy, nieżytów spojówek lub męczących wyrośli gruczołowatych, a uwolnienie 10 dzieci od chorób znaczy o wiele więcej, niż zestawienie tablic z 1000 przypadków. Autor nawołuje do porozumienia się lekarzy celem wspólnego unormowania zadań lekarza szkolnego. Leczenie skuteczne ubogich dzieci przez dobrze opłacanych, nie przeciążonych pracą lekarzy szkolnych jest zdaniem autora najstosowniejszą drogą dla zyskania tej popularności, która zmusi władze szkolne do odpowiednich materyalnych ofiar na te cele.

Weinsberg.

Pedyatrya.

Hollaender. **Pasorzyt krwi wywołujący zołzy.** (Wien. med. Woch. 1913. 26 i 27.) We krwi chorych na jawną gruźlicę znalazł autor zwierzęcego pasorzyta, którego własności biologiczne stara się od dwóch lat dokładniej określić. Pasorzyt ten jest mieszkańcem leukocytów, w pewnych jednak warunkach wchodzi w ścisły związek z ciałkami czerwonemi, jakoteż pewne fazy życiowe jego odgrywają się w osoczu krwi względnie w limfie. Pasorzyt potrzebuje dla swego rozmnażania się zmiany generacyi, która odbywa się za pośrednictwem zmiany gospodarza. Pasorzyty te są to delikatne, cienkie, nitkowate, na końcu kolbowato zgrubiałe, żywo poruszające się twory, których długość równa się mniej więcej połowie średnicy ciałka czerwonego krwi. Sporozoity tego pasorzyta, który właściwie gnieździ się w drogach limfatycznych, wnikają do ciałek białych, gdzie zmieniają swe kształty, stając się okrągłe. Pasorzyt zagnieżdża się w ciałkach dużych jednojądrzastych; ciałka te następnie pęcznieją, rozpadają się, pasorzyt zaś żywi się substancyami nukleinowemi jądra komórkowego. Schizonty pasorzyta zamieniają się przez dzielenie się jądra i protoplazmy w pęcherzykowate twory, wewnątrz których wkrótce zaczyna się roić od żywych merozoitów. Rozpad tak wielkiej ilości leukocytów jest zdaniem autora przyczyną nadprodukcyi limfocytów, a temsamem powiększania się gruczołów limfatycznych. Zołzy zatem byłyby właściwie sprawą ochronną ustroju, wywołaną przez pasorzyta, »niejako malum necessarium«. Jako jednostkę chorobową należałoby zołzy z punktu etyologicznego zaliczyć do chorób wywołanych przez pierwotniaki (protozoonosis).

N.

Prof. Ad. Czerny. **O znaczeniu konstytucyi ustroju dla kliniki chorób zakaźnych wieku dziecięcego.** (Z. f. ärt. Fortb. N 24. 15. str. 913) Zarazki, wywołujące pewne choroby zakaźne, wywołują w ustroju ludzkim szereg objawów, po których możemy poznać, jakie zarazki daną chorobę wywołały. Niezawsze jednak choroba zakaźna u wszystkich chorych jednakowo przebiega. U jednych chorych jeden jakiś objaw występuje silniej, drugi słabiej; u innych chorych cały ustrój jest dotknięty silnie, u drugich znowu lekko. Zależy to tak od ilości zarazków, jak i od ich jakości (stopnia jadowitości) i od siedziby ich w ustroju. Dlatego też np. epidemia płonicy raz przebiega z 50% śmiertelności, innym razem z 5% śmiertelności. Nie możemy wszystkiego, co spotykamy przy łóżku chorego, objaśnić jedynie tymi czynnikami bakteryologicznymi. Wystąpienie bowiem tych lub innych objawów u chorego zależy również od indywidualnych właściwości ustroju tego chorego. Właściwości te mogą być wrodzone lub nabyte, dotyczyć poszczególnych narządów lub całego ustroju. Jeżeli właściwości te są wrodzone i obejmują cały ustrój, to mówimy wtedy o zboczeniach ustrojowych. Najwydatniej występują one u dzieci. Dawniej myślano, że przyczyną znacznej śmiertelności niemowląt jest niedoskonała technika, ich odżywiania. Dzisiaj technika ta zrobiła znaczne postępy, jednak śmiertelność niemowląt się nie zmniejsza, gdyż zaburzenia w odżywianiu są zależne od zboczeń ustrojowych (Konstitutionsanomalien) w organizmie niemowląt. Pewna dyeta u dziecka prawidłowego nie wywoła żadnych zaburzeń, tasama zaś dyeta u dziecka ze zboczeniami ustrojowemi wywoła długotrwałe zaburzenia, często nawet z zejściem śmiertelnem. Ale nietylko u niemowląt, lecz i u starszych dzieci w przebiegu różnych chorób odgrywają rolę wady ustrojowe. Probierzem tych wad ustrojowych w przebiegu chorób zakaźnych jest układ nerwowy. Dzieci o ustroju neuropatycznym w chorobie zakaźnej cierpią na bezsenność, są silnie pobudzone; natomiast dzieci o ustroju prawidłowym przez cały czas choroby zakaźnej śpią. U pierwszych również pobudliwość unerwienia naczyń krwionośnych jest znacznie wzmożona i od stopnia jej wzmożenia zależy rokowanie w przebiegu chorób zakaźnych. Osłabienie działalności serca w tych przypadkach nie jest niczem innem, jak odmówieniem posłuszeństwa ze strony unerwienia naczyń krwionośnych. Dzieci rodziców neuropatycznych szybko umierają już w wieku niemowlęcym. Wapń i magn w znacznym stopniu wpływają na zmniejszenie pobudliwości ośrodkowego układu nerwowego. Dlatego też chorzy na krzywicę, u których te pierwiastki są w niedostatecznej ilości, tak łatwo podlegają rozmaitym chorobom i giną. Stąd tak częste u krzywiczych drgawki, kurcz głośni, tężyczka. Dlatego też powinniśmy dzieci krzywicze w ten sposób leczyć odpowiedniem leczeniem, ażeby nie powstawał w ich ustroju brak soli wapniowych. Dzieci neuropatyczne, o ile w przebiegu choroby zakaźnej czynność nerek cierpi, łatwo dostają mocznicy. Wtedy nietylko należy pamiętać o podniesieniu czynności nerek, ale jeszcze więcej musimy stosować w porę środki uspokajające lub narkotyczne, które dotąd zyskały sobie prawo obywatelstwa jedynie przy krztuścu. Drugą wadą ustrojową jest usposobienie puchlinowe. W prawidłowym ustroju tak komórki, jak i substancya międzykomórkowa szybko się uwalniają od nadmiaru wody. Ale ten mechanizm regulacyjny u niektórych ludzi już od urodzenia działa niedostatecznie. Wtedy łatwo powstaje zatrzymanie wody w ustroju pod wpływem czynników, które na ustrój zdrowy pozostałyby bez wpływu, i występuje obrzęk. Nieznaczny stopień tej skłonności do zatrzymania wody w ustroju objawia się w tem, że dzieci takie łatwo na wadze przybierają i bardzo łatwo na wadze tracą; te różnice wagi są zależne jedynie od wahań ilości wody w ustroju. Dzieci takie, które na wadze raptownie zyskują, wyglądają na pozór tłusto. Ze względów zapobiegawczych powinniśmy się starać, ażeby dzieci, których ustrój obfituje w wodę, straciły na wadze, a więc aby ilość wody w ich ustroju się zmniejszała. Dzieciom z tem usposobieniem do zatrzymywania wody w ustroju grozi poważne niebezpieczeństwo w razie zachorowania na jakąkolwiek chorobę zakaźną. Wiele złośliwych drobnoustrojów znajduje w tych ustrojach doskonałe dla siebie warunki. Prawdziwą otyłość spotykamy u dzieci, należących do rodzin dziedzicznie skłonnych do otyłości. Jeżeli dziecko nie należy do takiej rodziny, to jego otyłość pochodzi ze skłonności ustroju do zatrzymywania wody. Ale i dzieci, nie wyglądające otyło, mogą mieć skłonność do zatrzymywania w ustroju wody. U takich dzieci musimy badać rozwój ich mięśni. Ustrój szczupłego dziecka ze słabo rozwiniętymi mięśniami zawiera wodę w nadmiarze. Ustrój szczupłego dziecka z silnem umięśnieniem zawiera wodę w małej ilości. Gruźlica np. u dzieci, skłonnych do zatrzymywania wody w ustroju, ma warunki do szybkiego rozszerzania się i przebiega bardzo złośliwie. Gruźlicy prosówkowej, a szczególniej zapaleniu gruźliczemu opon podlegają te dzieci, które na pozór znajdują się w kwitnącym stanie zdrowia; często ze względu na stan odżywienia tych dzieci lekarze wahają się w rozpoznaniu gruźliczego zapalenia opon. Dlatego też nie powinniśmy dążyć do tego, ażeby dzieci przybywały znacznie na wadze. Dzieci zaś, które podległy gruźlicy, jeżeli chcemy, ażeby gruźlica nie szła w ich ustroju szybkim krokiem naprzód,

będziemy leczyć świeżem powietrzem i światłem, starając się przytem, ażeby waga ciała nie podnosiła się, lub też nieznacznie wzrastała w przeciągu kilku miesięcy. W ten sposób zmniejszymy niebezpieczeństwo nietylko gruźlicy, lecz szeregu chorób zakaźnych, jak płonicy, błonicy i t. d.

Tadeusz Kon.

Zapiski lecznicze, nowe leki, sposoby i narzędzia.

Nowo podane środki. 1) Caravonica, — wata z australskiej bawełny (ma dłuższe włókna od zwykłej bawełny afrykańskiej i amerykańskiej). 2) Chelonidin, tuberkulina z prątków gruźlicy żółwiej (podobnie chelonisol). 3) Citrospirinum, kwas acetylo-salicylowy, kofeina i morfina. 4) Cyprin z olejku cyprysowego, przeciwko krztuścowi. 5) Despyrin, — kwas acetylosalicylowy i winian potasowy. 6) Digimorvol, — naparstnica, morfina i mentol z kozłkiem. 7) Eubalsol, mieszanina cynku, boru, salicylu, gliceryny z wodą. 8) Eumecon (rzekomo przeciw morfinizmowi) składa się z salicylu, morfiny i chininy. 9) Euthalattin, przeciwko morskiej chorobie, zawiera kofeinę, teobrominę i kamforę. 10) 'Glycobrom, gliceryd bromowanego kwasu cynamonowego. 11) Graziola, — perfumowana i czerwono zabarwiona maść parafinowa. 12) Katapyrin-pyramidon, — kwas acetylosalicylowy. 13) Tabletki »lutein« z ciałek żółtych krów. 14) Perrheumal, — maść salicylowa. 15) Pydonal, — pyramidon i kwas acetylosalicylowy. 16) Salineol (do zewnętrznego użytku przy gośćcu) zawiera mentol i capsicum-chloroform w maści mydlanej. 17) Sennax, — glikozyd senesu. 18) Tabletki tinemellit (przeciwko cukrzycy) zawierać mają wyciąg z »Pemnus boldus molina«, z brusznic, dalej nadtlenek magnu i drożdże. 19) Theoform, — produkt kondensacyjny teobrominy z ciałem wywiązującem formalinę (zamiast diuretyny). 20) Toxynon, nowy przetwór rtęciowy do wstrzykiwań śródżylnych. 21) Tricalcol, kolloidalny przetwór fosforowo-wapniowo-białkowy do sporządzania mleka białkowego, obfitującego w wapno. 22) Tussobromin, syrup z bromoformu, akonitu, kodeiny i balsamu tolutańskiego. 23) Unguentum sanans zawiera kwas borowy, cynk i balsam peruwiański. 24) Vasohypertensin, przetwór z przysadki mózgowej. 25) Wisbola, opaska przeciw oparzeniu, zawiera bizmut i glinkę armeńską. K.

Szybkim a dogodnym sposobem mycia rąk jest 5-minutowe odczyszczanie ich t. zw. mydłem alkoholowem festalkol. Sposób ten wprowadziło ministerstwo bawarskie dla położnych. (Deutsche med. Woch. 1913, Nr 43). K.

Do leczenia wiewióra zaleca Bruck sztyfty, zawierające w środku proszek błękitu uranowego (uranobleu) (40% połączenie srebra z uranem). (Deut. med. Woch. 1913. Nr 43). K.

Przy gruźlicy płuc zaleca Alvarez naciąganie II—IV pary nerwów międzyżebrowych, co wywołuje silny nawał krwi do płuc i działać ma korzystnie na przebieg choroby. (Rev. de med. y cir. Juli 1914). K.

Wole występuje często u mieszkańców pobrzeży morskich; Taussig odnosi je do spożywania zwierząt morskich. (85. Zjazd lek. i przyr. Wiedeń 1913). K.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarzy Ziemi radomskiej.

97. Zebranie ogólne z dnia 27 czerwca 1913.

Obecnych członków 15, 1 gość.

1) Na przewodniczącego zebrania wybrano kol. H. Fidlera, który poddaje pod głosowanie podniesienie wkładki członkowskiej do 16 rubli rocznie, co też uchwalono i postanowiono zwiększoną wkładkę pobierać od stycznia 1914 Poczem po odczytaniu nadeszłej korespondencyi przyjęto protokół poprzedniego zebrania.

2) Kol. Henryk Raszkes wygłasza wykład: **Postępy położnictwa i ginekologii w ostatnich czasach.** Prelegent zaznacza, że charakterystyczną cechą lat ostatnich jest rozwój metod konserwatywnych zamiast operacyjnych, jak to widzieliśmy przed kilkoma laty. Przedewszystkiem przy leczeniu drgawek porodowych coraz więcej stosują metodę Stroganowa lub duże upusty krwi według metody lipskiej. Następnie celem wzmocnienia skurczów macicznych podczas lub po porodzie wprowadzono do położnictwa leczenie zapomocą wyciągu z przysadki mózgowej (extr. hypophyseos, pituitrinum, pituglandolum i t. d.). Mięśniaki macicy, do niedawna usuwane tylko na drodze operacyjnej, obecnie leczą prawie wszędzie zapomocą promieni Roentgena. Prelegent zaznacza, że potrzeba stosować dużą ilość promieni twardych, przyczem najlepiej podzielić przestrzeń między pępkiem a spojeniem łonowem przynajmniej na sześć pól. Taksamo trzeba podzielić i okolicę lędźwiową. Każde takie pole może otrzymać 10 x, co uczyni razem w jednej seryi najmniej 120 x, twardość rury powinna wynosić 8 Benoist, jako filtr służyć powinna 3-milimetrowa warstwa aluminiowa. Po miesiącu można zastosować drugą seryę i t. d. aż do zniknięcia miesiączkowania. Również świetne wyniki otrzymujemy przy leczeniu promieniami Roentgena krwawień przekwitowych (klimakterycznych). Ostatniemi czasy promienie Roentgena zaczęto stosować z bardzo dobrym wynikiem przy rakach dróg płciowych, lecz trzeba tutaj stosować znacznie większe dawki promieni, co łatwo daje się wykonać dzięki temu, że pochwa jest o wiele mniej wrażliwa na promienie Roentgena, niż skóra. W tych samych cierpieniach z jeszcze większym wynikiem stosują rad. Najlepsze metody wprowadziła i stosuje klinika berlińska Bumma. W końcu opisał prelegent nową metodą rozpoznawania ciąży zapomocą badania krwi kobiecej według Abderhaldena. Prelegent wyłożył rozumowania Abderhaldena, dzięki którym Abderhalden doszedł do swej nowej metody; opisał metodę optyczną i dyalizacyjną, podał wyniki, otrzymane w różnych klinikach przez rozmaitych autorów. Jedyną złą stroną tej znakomitej metody jest, według prelegenta, to, że wymaga nadzwyczajnej ścisłości, przeto może być stosowana tylko w bardzo dobrze urządzonej pracowni (Streszczenie własne).

W dyskusyi kol. Fidler, uzupełniając odczyt kol. Raszkesa, skreślił **teoryę oraz wyniki badań Abderhaldena**, nadmieniając, że komórka styka się z rozmaitemi ciałami zewnętrznego świata, z których jedne są dla niej zupełnie nieprzydatne, inne służą do pożywienia, zaś jeszcze inne, przedostawszy się do wnętrza komórki, mogą w niej wywołać poważne uszkodzenia. Komórka posiada rozmaite urządzenia ochronne wobec zewnętrznych czynników: 1) otoczka chroni ją od wtargnięcia niektórych przetworów; 2) pewne ciała ulegają unieszkodliwieniu przez hydrolizę, utlenienie, rozkład i wytworzenie nowych związków chemicznych; 3) przy pomocy swoistych zaczynów komórka oddziaływa na niektóre substancye. — Rola zaczynów polega na: 1) odpowiedniem przygotowaniu materyału, przeznaczonego na spalenie i stopniowem wywabianiu zawartej w nim energii; 2) dopomaganiu komórce w uporządkowaniu swej budowy przez odbudowanie materyału, spajanie cząsteczek tegoż w celu wytworzenia odpowiedniej cegiełki komórkowej i łączenie różnorodnych cegiełek dla utrzymania swoistej budowy komórek. Wprawdzie nie znamy na-

tury zaczynów, lecz znamy ich swoiste działanie oraz poważny wpływ na przemianę materyi w komórce.

Ustrój jako zespół komórek w postaci tkanek i narządów, powtarza tesame czynności: odbudowuje i przebudowuje dostarczony materyał, unieszkodliwia, spaja, a wreszcie usuwa wytwory przebudowy przy pomocy odpowiednich narządów. By do ustroju nie wtargnęło nic niepożądanego, nic obcogatunkowego, nic, coby zakłócało harmonię ustrojową, istnieją dwie zapory: 1) Wątroba (komora celna według udatnego wyrażenia prof. Nawrockiego), wciśnięta pomiędzy przewód pokarmowy a resztę ustroju. Przez nią przepływa krew, naładowana materyałami odżywczymi. Podlega ona tam szczegółowej rewizyi ze strony każdej komórki wątrobowej, by do ogólnego krążenia resp. do ustroju nie przedostało się nic obcogatunkowego. 2) Układ chłonny (izba kontrolująca), który, wtłoczony pomiędzy komórki ustrojowe a krew, baczy, aby również żadne obce ciało (obcogatunkowe) nie przeszło do krwi. Wytwory rozkładu (Abbau) komórek, chłonięte przez limfę, ulegają jeszcze dalszemu rozkładowi, a może bywają zużytkowane do rozmaitych syntez. Ze wszystkich stron czynione są zabiegi, aby we krwi krążyły jedynie ciała współrodne dla niej, w komórkach zaś współrodne dla tychże. Mamy tedy ciała współrodne dla komórek (zelleigen) i takież dla krwi (bluteigen). Ciała, specyalnie zbudowane dla krwi, są obce dla komórek i odwrotnie. Nawet pomiędzy ciałami, zbudowanemi dla komórek, zachodzą różnice. Są one również wzajemnie dla siebie obcogatunkowe, zależnie od swoistości komórek resp. narządów; są też i ciała wspólne dla wszystkich tkanek. Naprzykład ciało współrodne dla tarczycy może być obcogatunkowe dla nadnercza i odwrotnie. Ciała, opuszczające komórkę w stanie niedostatecznego rozkładu, są obcogatunkowe dla krwi. Również n. p. niedostatecznie rozszczepione składniki tkanki mięśniowej muszą być obcogatunkowe dla serca. Gdyby się one dostały tam w podobnym stanie, musiałyby wywołać zaburzenie w przemianie materyi komórek.

Wszystkie badania nad budową i przemianą materyi w komórkach wiodą niezbędnie do wniosku, że w ustroju, w tem wielkiem państwie komórkowem, komórki pracują w harmonijnym zespole. Harmonia ta niejednokrotnie ulega zakłóceniu, a mianowicie: 1) Gdy do krwi wtargną substancye, niedostatecznie rozszczepione wskutek tego, iż komórkom zbrakło zaczynów. Wtedy występują rozmaite zaburzenia, przeciwko którym ustrój, jak tego dowodzi patologia, broni się energicznie wszelkimi sposobami, oraz posiadanymi przezeń środkami. 2) Gdy do ustroju wtargnie obca komórka o obcogatunkowej budowie i obcej przemianie materyi. 3) Gdy komórki ustrojowe zmieniają swą budowę (rak, mięsak). Skąd się biorą zaczyny ochronne? Przeważnie z leukocytów, w pewnej mierze z czerwonych ciałek i płytek krwi.

Należy pamiętać, iż 1) ustrój broni się przed związkami złożonymi, a podatnymi do odbudowy przy pomocy zaczynów w pewnych jedynie granicach; 2) przez wykrycie czynności tychże zaczynów można wnosić o czynności danych narządów; 3) ustrój uruchomia swoiście nastawione zaczyny, czem składa dowody, iż składowe części jego różnorodnych tkanek posiadają budowę, swoistą dla odpowiedniej grupy komórek: 4) ochronne zaczyny stanowią odczynnik na charakterystyczną typową budowę składowych części określonego gatunku komórek. Tymi więc sposobami przez działanie surowicy danego ustroju na daną tkankę (resp. peptony z tejże) można wykryć w tejże surowicy istnienie zaczynów, działających (nastawionych) na tęż tkankę.

Powyższe dotyczy stanów patologicznych lub zbliżonych do nich, jak ciąża. Albowiem w prawidłowych warunkach nie zdołano wykryć zaczynów na zdrową, prawidłową tkankę danego gatunku. Widocznie w warunkach prawidłowych przedostają się do krwi resp. osocza substancye dostatecznie odbudowane, przeciwko którym ustrój niema potrzeby się bronić. Lecz gdy wystąpi zaburzenie w przemianie materyi, wtedy natychmiast zjawiają się i swoiste zaczyny. Udało się tym sposobem wykryć ciążę przez działanie surowicy ciężarnych na peptony prawidłowego łożyska, jak również stwierdzić obecność raka przez działanie surowicy rakowatych na peptony tkanki rakowatej. Można będzie wreszcie przy pomocy tej metody studyować wzajemną zależność narządów. N. p. po usunięciu tarczycy poczyna niedomagać narząd, od tarczycy zależny, wskutek czego zjawiają się we krwi niedostatecznie odbudowane ciała z tego narządu, które wykryjemy przy pomocy dializy lub metody polarymetrycznej. Może dzięki tej metodzie uda się wykryć istotne źródło braków pewnych czynności (Ausfallerscheinungen), które do tej pory uzależnialiśmy od pewnych narządów, gdy tymczasem cierpi może inny, nie zaś domniemany do tej pory narząd.

Pewna część ochronnych spraw ustroju przeciwko zakażeniom wszelkiego rodzaju polega na uruchomieniu zaczynów, które pozbawiają obcogatunkowy materyał swoistej, dla gospodarza obcej budowy bez względu na to, czy to będą pośrednie lub ostateczne wytwory przemiany materyi obcej komórki, czy też cząsteczki, powstające przy jej rozpadzie. Oprócz tego w tej walce grają prawdopodobnie rolę inne czynniki, jak utlenienie, redukcya, metylizacya, acetylizacya, rozszczepianie i ponowne łączenie wytworów w najrozmaitszy sposób, by utworzyć ciało dla ustroju nieszkodliwe.

Metoda Abderhaldena ma bardzo doniosłe znaczenie dla rozpoznania i leczenia.

a) Dotychczasowe rozpoznawcze metody biologiczne wskazywały, iż ustrój jest lub był dotknięty pewnem cierpieniem zakaźnem. Tuberkulinizacya, odczyny Widala, Arloing-Courmonta, Wassermanna, pozwalają na rozpoznanie etyologiczne. Nie dają one jednak wskazówek, gdzie się mieści siedlisko cierpienia, jaki narząd w danej chwili jest chory i czy wogóle którykolwiek narząd w istocie jest dotknięty swoistem cierpieniem. Tymczasem odczyn Abderhaldena umożliwia dokonanie rozpoznania anatomicznego resp. wprowadza czynnik topodyagnostyczny (wreszcie nietylko w chorobach zakaźnych).

Weźmy dla przykładu przymiot w późnym okresie. Dodatni wówczas odczyn Wassermana dowodzi, że ustrój jeszcze cierpi swoiście (nb. niezupełnie się zgadzam z powyższym poglądem), lecz czy w istocie cierpienie ma siedlisko anatomiczne, czy dotknięty jest ten lub inny narząd, o tem odczyn Wassermanna nic nie mówi. A jest to sprawa niezmiernie ważna. Innem będzie rokowanie, gdy przy pomocy odczynu Abderhaldena dowiemy się, że chora jest tkanka mięsna lub kostna, a innem, gdy cierpi mózg, serce lub nerki. Jeszcze jeden przykład. Byłoby bardzo pożądanem, by można było stwierdzić już we wczesnych okresach przymiotu, czy zakażeniu uległy ważne dla życia narządy (serce, mózg, nerki). Odczyn Wassermanna z płynu mózgowo-rdzeniowego, wykonany w II okresie, pozwala wnosić o przymiocie ośrodków nerwowych. Lecz podobnego bezpośredniego dowodu co do serca i nerek zdobyć nie możemy. I tutaj właśnie odczyn Abderhaldena oddałby nam olbrzymie usługi zarówno pod względem rozpoznawczym, jak w rokowaniu oraz leczeniu.

Weźmy odczyn Widala. Mamy przed sobą ciężkie zapalenie płuc lub nerek z objawami durowymi. Czy więc chodzi o powikłanie istotnego duru brzusznego, czy też o pierwotny dur płucny lub nerkowy (pneumotyphus, nephrotyphus). Seroreakcya ustala rozpoznanie duru brzusznego, zaś odczyn Abderhaldena umożliwi rozpoznanie narządowe. Może przekonamy się wtedy, że narząd chłonny w jelitach pozostał nietknięty i że prątek durowy odrazu usadowił się w tkance płucnej lub nerkowej i t. d.

Kombinacye metody serologicznej z fermentacyjną rozszerzą widnokręgi i uzbroją naszą wiedzę dyagnostyczną w subtelną dokładność.

Wyniki naszych badań rozpoznawczych byłyby jeszcze o wiele subtelniejsze i zupełnie bezbłędne, gdybyśmy mieli

n. p. w przymiocie swoisty odczyn Wassermana z wydzieliny chorych narządów. Mam tu na myśli cierpienia żołądka lub nerek na tle przymiotowem. Opisanym tego rodzaju przypadkom (n. p. wrzód żołądka) brak niezbitego dowodu w postaci odczynu Wassermana z treści żołądka lub moczu. Wobec tego nie możemy ze spokojem naukowym stosować swoistego leczenia w podobnych przypadkach. Będzie to jeszcze pewien hazard. Dotyczy to szczególnie nerek, niezmiernie czułych na działanie metali ciężkich, a w pierwszym rzędzie na Hg. Opisano kilka przypadków obecności odczynu Wassermana w moczu. Ja sam stwierdziłem to w jednym przypadku ciężkiego obrzękowego zapalenie nerek z zejściem śmiertelnem. Niestety nie mogłem dokonać badania pośmiertnego, przeto nie wiem, czy w istocie był to przymiot nerek, czy też cierpienie od przymiotu niezależne. Wczesne ustalenie poczynającego się cierpienia nerek przy pomocy metody Abderhaldena wtedy, gdy nawet czynnościowe sposoby badania ich sprawności nie wykrywają jeszcze zmian, uchroni chorego od ciężkich cierpień w przyszłości. A czy swoiste leczenie usunie dokonujące się zmiany resp. czy te zmiany w istocie zawdzięczają swe powstanie swoistej przyczynie, na to odpowie następujący punkt.

b) Przy pomocy metody Abderhaldena będziemy mogli sprawdzić, czy środek leczniczy dosięgnął chorego narządu. Będzie to więc istotny sprawdzian dla topoterapii.

Były mój profesor Lambl, nihilista w terapii, z ironią mawiał, iż do każdego stosowanego środka należy przylepić adres, według którego przesyłka iść powinna. Otóż dzisiaj musiałby być bardziej wstrzemięźliwy, albowiem dzisiaj przy pomocy metody Abderhaldena adresowanie stanie się możliwem. Jeżeli po stosowaniu danego środka zginą zaczyny ochronne przeciwko choremu narządowi, tedy skutek jest niewątpliwym, zaś adres właściwym.

W chorobach zakaźnych będziemy poszukiwać zaczynów ochronnych przeciwko danym drobnoustrojom, jak również, czy chora tkanka ulega odbudowaniu przez surowicę. Gdy dalsze badania wykażą, że ustrój z powodzeniem się broni przeciwko zakażeniu przy pomocy odpowiednich zaczynów, tedy w leczeniu będziemy mogli postępować celowo. Wskazanem tedy będzie wytworzenie zaczynów ochronnych, nastawionych na odpowiednie drobnoustroje, przez wprowadzenie wraz z surowicą tychże drobnoustrojów lub też pewnych ich składowych części. Jednem słowem metoda Abderhaldena otwiera szerokie widnokręgi dla rozpoznania i leczenia. Przyczyni się też niewątpliwie do wyjaśnienia wielu spraw w dziedzinie odporności ustrojowej.

Dotychczas metoda Abderhaldena znalazła zastosowanie w rozpoznaniu wielu cierpień.

Abderhalden badał 300 przypadków co do ciąży. Z wyjątkiem jednego przypadku (prawdopodobnie poronienie) we wszystkich pozostałych rozpoznanie się sprawdziło. Serodyagnostyka ciąży zostało potwierdzona przez wielu badaczy, jako to: Frank, Heimann, Frantz, Jarisch, Schlimpert, Henry, Ferrari, Decio, Schwartz, Mac Corda, Ehler, Hirschfeld, Stange, Epstein, Rübsamen, Schiff, Lichtenstein, Jonas, Manabran i innych. Ecale (Paryż) w 31 przypadkach ciąży stale otrzymywał wyniki dodatnie. Również u kobiety z ciążą zewnątrzmaciczną. Z pośród 24 kobiet nieciężarnych w 9 przypadkach wynik był dodatni. Delbert (Paryż) twierdzi, iż wynik dodatni w każdym przypadku przemawia za ciążą. U chorych na rzucawkę (eclampsia) białko w moczu (według Abderhaldena) ulega odbudowaniu pod wpływem surowicy ciężarnych. Pomimo dużych odsetek wyników dodatnich nie brak i protestów. Freund i Brahm w 30% przy ciąży otrzymywali wynik ujemny. Również Engelhorn i Behne donoszą o niepewności metody, co Abderhalden przypisuje błędom w badaniu.

Następnie badano metodą Abderhaldena co do raka. Ebstein na 37 przypadków w 36 otrzymał wynik dodatni. Jedynie u jednego 80-letniego chorego wynik był ujemny. W żadnym przypadku białko łożyska nie uległo odbudowaniu. Odwrotnie z surowic 47 chorych nierakowych, lecz z innemi ciężkiemi cierpieniemi i ogólnym upadkiem sił, w 46 wynik był ujemny. Paltauf opisuje następujący przypadek. Tkanka nowotworowa 61-letniej chorej nie uległa odczynowi pod wpływem surowicy rakowej, natomiast uległa odczynowi pod wpływem surowicy ciężarnej. Rozpoznanie brzmiało: chorionepithelioma malignum. Bauer badał surowicę różnych chorych na rozmaite narządy: tarczycę, przysadkę mózgową, jajniki, jądra, nadnercza, trzustkę, grasicę, wątrobę, nerki, naczynia i na białko krwi. Stwierdził też, iż w wielu przypadkach surowice czyli zaczyny rozszczepiają białko narządów, chorobowo zmienionych u danego osobnika. Spostrzegał też, iż surowica kobiet była nieczynną wobec męzkich gruczołów płciowych. Poszukiwanie zaczynów na białko krwi doprowadziło autora do wniosku, iż odczyn Abderhaldena może mieć znaczenie w rozpoznaniu pochodzenia niedokrwistości. Gdy w przypadkach niedomogi szpiku kostnego surowica nic zawiera zaczynu na białko krwi, to w niedokrwistości wskutek rozpadu czerwonych ciałek odczyn ten jest obecny. Kolb badał wpływ surowicy na grasicę i stwierdził, iż surowica ludzi zdrowych nie zawiera zaczynów czynnych wobec jakichkolwiek narządów; również surowica młodych osobników z grasicą prawidłową nie działa na tkankę tegoż narządu. W chorobie zaś Basedowa (w większości przypadków) odczyn z grasicą wypadł dodatnio.

Abderhalden znajdował w obrzęku śluzowatym i w chorobie Basedowa zaczyny przeciwko grasicy, tarczycy, a często i przeciwko jajnikom. Inne narządy nie ulegały działaniu. Bauer stwierdził przy twardzinie skórnej (sklerodermia) zaczyny przeciwko tarczycy, Wegener przy zapaleniu nerwów — przeciwko mięśniom. W gruźlicy prosówkowej obecne są zaczyny przeciw prątkom gruźliczym. Zdaje się, iż surowica bydła perliczego może działać jedynie na typ perliczy (jeszcze jeden dowód odrębności perlicy od ludzkiej gruźlicy). Serowate płuco nie ulega zmianie pod wpływem surowicy chorych na gruźlicę prosówkową, lecz jedynie pod wpływem surowicy cierpiących na serowate zapalenie płuc.

Fanser wielokrotnie stwierdził, że w otępieniu wczesnem ulegają działaniu gruczoły płciowe i kora mózgowa, przyczem surowica chorych kobiet nigdy nie działa na tkankę jąder, zaś mężczyzn — na tkankę jajników. W porażeniu postępującem działaniu ulega kora mózgowa.

Przy pomocy metody Abderhaldena można będzie wyjaśnić etyologię wielu cierpień, do tej pory jeszcze ciemnych, jak chorób przemiany materyi, skóry, wreszcie współczulnego zapalenia oczu (ophthalmia sympathica). Oprócz tego będziemy mogli stwierdzić, jakie narządy ulegają wpływowi trucizn, jak ołów, nikotyna, alkohol, eter, chloroform, morfina i t. p.

Teorya Abderhaldena jest bardzo ponętną i obiecuje wielorakie korzyści w wielu działach biologii, patologii, dyagnostyki i terapii. (Streszczenie własne).

Sekretarz: Dr T. Rakowski.

Powstanie i rozwój sanatoryalnego leczenia gruźlicy płuc.

Podał

Dr Antoni Kuczewski z Zakopanego

(Dokończenie.)

Jest cechą wybitną charakteru narodu angielskiego jego zamiłowanie do ruchu, i to na świeżem powietrzu. Gdy chorzy z W. Brytanii w braku własnych zaczęli w ostatniej ćwierci zeszłego stulecia tłumnie zapełniać południowo-niemieckie uzdrowiska, naturalnie tylko te z nich trafiały do ich przekonania i zaufania, które były oparte na czystych wzorach Brehmera bez domieszek Dettweilerowskich, to zna-

czy, uwzględniały ruch, a nie hołdowały »Liegekur«. «Dettweilers method was not calculated to harden the patient or to complete his recovery« — »metoda Dettweilera nie da się pogodzić z hartowaniem chorego i nie może mu zapewnić zupełnego wyleczenia«, wydaje sąd o »Liegekur« znany w Anglii badacz w zakresie leczenia sanatoryalnego gruźlicy, Dr. F. R. Walters (11). Tem się tłómaczy, dlaczego uzdrowisko Nordrach-Colonie, które uwzględniało fizyczne ćwiczenia w szerokiej mierze, wywarło taki wpływ na ruch sanatoryalny w Zjednoczonem Królestwie (11.). »Nearly all the British sanatoria in fact, profess to base their treatment on Walters practice» stwierdza ten sam pisarz (11). Idea Bodingtona musiała upaść pod ciężarem śmiechu i szyderstw we własnym kraju, aby po upływie przeszło pół wieku być przemycaną do ojczyzny, ale już jako »made in Germany«! (14.)

W Niemczech tymczasem ruch sanatoryalny rósł i potężniał; od chwili zwłaszcza wprowadzenia w r. 1884 ubezpieczenia społecznego od choroby, a w r. 1891 od niezdolności do pracy przybrał on rozmiary »wojny świętej« przeciwko gruźlicy według określenia prof. Kayserlinga (17). Pierwsze ludowe sanatoryum powstaje w Niemczech w r. 1893 w Dannenfels w Badenii (16.). Zakłada jedla swych robotników Badeńska fabryka sody i farb anilinowych w Ludwigshafen a, Rh. Drugiemu sanatoryum w Ruppertshain, otwartemu w r. 1895, daje początek sam Dettweiler (12). Punkt ciężkości całej walki z gruźlicą w pierwszym jej okresie przenoszą Niemcy, jak sami nawet to przyznają (17), na sanatorya. Nawet ich Centralny Komitet, założony w r. 1895, przez pierwsze 10 lat swego istnienia aż do roku 1905 zamiast teraźniejszej nazwy »zur Bekämpfung der Tuberkulose« nosił nazwę »Deutsch. Zentr. Kom. zur Errichtung von Heilstätten für Lungenkranke«.

W innych krajach powstawały kolejno w porządku chronologicznym pierwsze uzdrowiska ludowe: w r. 1884 w stanie New York »Adirondack Cottage San«. założone przez Dra E. L. Trudeau (27.); w r. 1891 rosyjskie w Halila w Finlandyi (większość miejsc jest płatna) (22); w Anglii z inicyatywy i staraniem Dra R. W. Philipa w r. 1894 pod nazwą »Royal Victoria Hospital« na przedmieściu Craigleith w Edynburgu (19), pomijając już wspomniane i inne późniejsze pośród rozmaitych większych miast oraz Londynu położone szpitale dla gruźliczych; w Szwajcaryi zostaje otwarte w r. 1895 ludowe sanatoryum w Heiligenschwendi w Kantonie Bern (18); w Norwegii w r. 1897 w Molde (15); w Austryi z inicyatywy prof. Schröttera w r. 1898 w Alland pod Wiedniem (20); we Francyi w r. 1900 w Hauteville około Lugdunu (21); w Szwecyi w r. 1900 San. »Halahult» (15); w Hollandyi w 1901 w Renkum (15); w Danii w r. 1901 uzdrowisko Boserup około miasta Roskilde; w Polsce w r. 1900/1 *) powstaje »Bratnia Pomoc« w Zakopanem o charakterze ludowego uzdrowiska i w Belgii sanatoryum Borgoumont około Liège w r. 1903 (21).

Przechodząc do dalszego w chronologicznym porządku rozwoju sanatoryalnego leczenia gruźlicy płuc w Anglii, nie podobna nie zatrzymać się nad ogólną walką z gruźlicą w tym kraju. Uzdrowisko bowiem ludowe tutaj, jak również w Danii, bardziej, niż gdzieindziej, staje się zależnem i złączonem z innymi spółczynnikami ruchu przeciwgruźliczego.

Anglia, mimo że z krzywdą dla własnej myśli, jak to widzieliśmy wyżej, sięgnęła po wzory dla sanatoryów do Niemiec, prowadziła wszakże i prowadzi walkę z gruźlicą według własnego, oddawna wyrobionego i wypróbowanego sposobu. Środki zapobiegawcze, prawodawstwo hygieny społecznej, uzdrowotnienie miast, a zarazem mieszkań przeprowadza Anglia wytrwale a konsekwentnie już od r. 1843 i w walce wogóle z chorobą zdobywa znakomite wyniki także na polu wyplenienia gruźlicy (23). Śmiertelność z tej choroby, mimo wielkiego uprzemysłowienia i przeludnienia kraju, spada do poziomu niezwykle nizkiego, bo do 14 na 10 tys. ludności w r. 1912 (24).

Równocześnie w ojczyźnie Bodingtona i Mac Cormaca nie ustaje samodzielna praca myśli twórczej, skierowana wyłącznie przeciwko gruźlicy. Jest faktem dla walki z gruźlicą niezmiernie ważnym, acz bardzo mało znanym, że w r. 1887 w Edynburgu już wspomniany Dr. R. W. Philip zakłada swoje »the Anti-Tuberculosis Dispensary«. Ogólnem jest mniemanie, że Belgijczyk prof. Malvoz w r. 1900 w Liège, a właściwie prof. Calmette w r. 1901 we Francyi w Lille stworzyli pierwsze »Dispensaire«. Widzimy wszakże, że Dr. Philip o 14 lat wyprzedził tego drugiego, a o 13 pierwszego.

Co więcej i co najważniejsza, twórczy umysł tego nowego Bodingtona nie zasklepia się na wzór francuski wyłącznie w tej instytucyi przeciwgruźliczej. On jasno zdaje sobie sprawę, że to tylko jedno z ogniw w systemie środków przeciwgruźliczych i żmudnie, wytwale, śród zupełnej obojętności spółkolegów w zawodzie pracując, stopniowo dodaje inne ogniwa i stwarza najgłębiej i najwszechstronniej obmyślany t. zw. »Edinburgh Anti-Tuberculosis Scheme« walki z plagą ludzkości (15).

Gdy inni lekarze wielkobrytańscy, jak widzieliśmy, zwracają się po wzory dla uzdrowisk do Niemiec, Dr. Philip samodzielnie stwarza w r. 1894 wymienione już sanatoryum »Victoria Hospital« około Edynburga, które wchodzi w najściślejszy związek i łączność z powyższą przychodnią.

Nadto, nieuleczalnych chorych umieszcza się w »the Hospital for advanced Cases«; w ostatnich czasach, bo w r. 1910, powstaje według pomysłu tegoż Dra Philipa »the Farm Colony for Convalescents« w Polton o 9 mil angielskich od Edynburga.

Jeżeli do tych wszystkich ogniw dodać jeszcze jedno miejscowy w gminie urząd zdrowia, który w W. Brytanii wskutek zupełnego braku biurokratyzmu, jest, jak zresztą wszystkie inne urzędy, w najściślejszym z obsługiwanem przez się społeczeństwem związku, — to będziemy mieć, jak to obrazowo przedstawia załączony do cytowanego wielokrotnie (15) dzieła rysunek, cały system Dr. Philipa, czyli t. zw. Edynburski. W środku jego, jak słońce, znajduje się przychodnia, wysyłająca na wszystkie strony promienie—łączniki: do urzędu zdrowia, do szpitala dla nieuleczalnych, do ludowego uzdrowiska i do wiejskiej kolonii dla ozdrowieńców. Poza tem wszystkie te odśrodkowe instytucye mniej lub więcej ściśle są powiązane z sobą. Linie ciągłe na rysunku wyobrażają ścisły, linie przerywane luźniejszy związek.

Zakres niniejszego artykułu nie pozwala mi na jak najszczegółowsze rozpatrzenie tego wzorowego systemu walki z gruźlicą. Poprzestając przeto na grubym zarysie i odkładając dokładne opracowanie poruszonego tematu do osobnej pracy, przechodzę dalej do leczenia gruźlicy płuc w angielskich uzdrowiskach.

Jak widzieliśmy, poza Dr Philipem, Anglicy przy budowie pierwszych swoich sanatoryów w ostatnim dziesiątku ubiegłego stulecia wzorowali się na niemieckim zakładzie Dr O. Walthera w Nordrach-Kolonie. Prędko wszakże otrząsnęli się od obcego wpływu. Gdy się bada spółczesne angielskie sanatorya ludowe, to jakby się widziało w nich zmartwychwstałego ducha i myśl przewodnią Bodingtona.

Przedewszystkiem cechuje je ogromna prostota w urządzeniu. Wówczas, gdy niszczenie plwociny, kanalizacya i inne urządzenia higieniczne są wszędzie przeprowadzone bez zarzutu, — pomieszczenie dla chorych jest jak najskromniejsze. Baraki w rodzaju Döckerowskich nie są tu rzadkością; w Niemczech zaś tylko wyjątkowo służą one do umieszczenia chorych, i to latem. Zdarzają się nawet sanatorya bez opalania. »Chłód w naszym klimacie nigdy nie może być za ostry« mówi Bodington. Spółcześni lekarze wielkobrytyjscy dodają nadto, gdy widzą zdumienie zwiedzającego ich uzdrowiska cudzoziemca, że lud Zjednoczonego Królestwa jest na zimno i na słotę wytrzymały.

*) W roku 1900 zostało zawiązane towarzystwo, w r. 1901 na wiosnę powstało samo uzdrowisko.

Tem tłómaczy się też ciągle bez względu na porę roku, dnia i na stan powietrza trzymanie otworem nietylko okien, ale drzwi angielskich sanatoryów. Sprawa przeciągów tu jakby nie istniała. Anglicy przynajmniej, nawet w uzdrowiskach dla gruźliczych, nie chcą o nich nic wiedzieć. Nigdzie przeto, w żadnym innym kraju nie można się spotkać takiego nieograniczonego zażywania świeżego powietrza przez chorego, jak w sanatoryach wielkobrytyjskich. Tutaj również nasuwa się na myśl przykazanie Bodingtona, zalecającego »życie i oddychanie świeżem powietrzem bez względu na wiatr i słotę«.

Przeważająca większość sanatoryów jest małych rozmiarów, obliczona na 30—50 chorych, co dodatnio odbija od pięknych wprawdzie, ale co do ogromu swego na koszary zakrawających niemieckich uzdrowisk. Zdarzają się wprawdzie i w W. Brytanii wielkie zakłady, jak n. p., King's Edward VII, jak Crossley (około Chester) i inne sanatorya, ale one, rzadko przekraczają 100 łóżek i nigdy nie dochodzą do takich potwornych wprost rozmiarów, jak sanatoryum pruskie w Beelitz, liczące przeszło 900 chorych. Zresztą, jeżeli angielskie sanatoryum mieści nawet 200 i więcej łóżek, to najczęściej rozpada się na oddzielne pawilony. Do takich n. p. należą: Edynburski »Victoria Hospital«, »The Abbey sanatorium« około Belfastu w Irlandyi, »Ventnor Hospital« na wyspie Wight i zresztą Benenden w hrabstwie Kent. Większość uzdrowisk angielskich jest murowana, ale zdarzają się, i to nierzadko, z drzewa.

Sprawa oddzielenia płci w wielkobrytyjskich sanatoryach ludowych jest jedną z najbardziej palących. Wszędzie przeziera usiłowanie budowania osobnych zakładów dla każdej płci. Gdzie zaś warunki na to nie pozwalają, starają się przeprowadzić jak najściślejsze odgrodzenie jednej płci od drugiej. Zresztą nie dzieli tu z niewielu wyjątkami — żadna różnica wielkobrytyjskich od innych lekarzy. Czy to w Niemczech, czy w Danii, czy w Szwajcaryi, panuje pod tym względem jednozgodne z Anglią zapatrywanie.

Odżywianie chorych w angielskich sanatoryach ludowych co do jakości jest bez zarzutu. Co do ilości, to podawane do stołu potrawy spożywają chorzy bez ograniczenia. Za napój przy posiłku służy mleko samo, albo, stosownie do upodobania chorego z wodą sodową.

Najbardziej wszakże charakterystyczną cechą leczenia w uzdrowiskach Zjednoczonego Królestwa jest t. zw. »graduated labour«, praca dawkowana, przeciwstawiona niemieckiej »Liegekur«. Istnieją wprawdzie w Niemczech takie sanatorya ludowe, w których praca fizyczna na świeżem powietrzu jest stosowana, jako czynnik leczniczy, ale są to wyjątki, które bez wielkiego wysiłku pamięci dadzą się odrazu policzyć. Przeważająca większość lekarzy niemieckich-specyalistów, zapatrzona w Dettweilera, odnosi się do niej conajmniej niechętnie, gdy w Anglii, narówni z Danią, praca dawkowana stanowi jedną z głównych podstaw całego systemu leczenia. W takich sanatoryach, jak Edynburski »Victoria Hospital«, jak Benenden, jak Frimley lub Ventnor, stosownie do stanu chorego zaczyna się praca od przechadzki i kończy się, jak n. p. w Edynburskiej »Farm Colony«, albo w Frimley, na najcięższej robocie w polu, czy to przy budowie.

Z braku miejsca muszę odłożyć szczegółowe omówienie tej ważnej sprawy do osobnej pracy. Zresztą Dr. T. Budzyński w ostatnich tygodniach poruszył już ją w naszem piśmiennictwie (25).

Obraz sanatoryalnego leczenia gruźlicy w Anglii byłby niepełnym i jednostronnym, gdybym pominął jego braki.

Przedewszystkiem należy do nich odnieść pomijanie zupełne wodoleczenia. Wprawdzie łazienek nigdzie nie braknie, ale najprostszych nawet zabiegów, w postaci n. p. nacierania się z rana zimną wodą, tam nie stosują. W niemieckich natomiast sanatoryach, gwoli przykazaniom Brehmera, zwrócono baczną uwagę na hydroterapię. Zwykle całe sale są tu przeznaczone dla celów wodolecznictwa. Nie mówiąc o zwykłych nacieraniach zimną wodą, opaskach i okładach w każdem uzdrowisku ludowem niemieckiem natryski rozmaitej postaci i ciśnienia są celowo i szeroko stosowane.

Drugim brakiem lecznictwa sanatoryalnego w Anglii jest nieznajomość nowszych zabiegów leczniczych, tak już wszędzie na kontynencie rozpowszechnionych, jak n. p. operacya sztucznej odmy piersiowej. Za mojej bytności tego lata i jesieni w W. Brytanii tylko w paru szpitalach londyńskich i to w pojedynczych przypadkach spotkałem się z powyższą operacyą.

Następnie, tylko jako wyjątek zdarzało mi się widzieć w angielskich sanatoryach ludowych urządzenia rentgenowskie, wówczas, gdy rzadki większy zakład tego rodzaju w Niemczech nie posiada gabinetu Röntgena.

Mimo wszakże te braki, a dzięki znaczniejszym i większym, wyżej opisanym zaletom, wielkobrytyjskie sanatorya ludowe dla chorych na gruźlicę płuc stoją na wysokości swego zadania. Wyniki ich leczenia nie są bynajmniej gorsze od niemieckich, o ile to można wnosić z ich rocznych sprawozdań. W ogólnym zaś bilansie walki z gruźlicą sanatoryum w Anglii nie jest tak, jak w Niemczech, najważniejszą i panującą pozycyą. Z uchwaleniem w r. 1911 przez parlament angielski prawa o ubezpieczeniu społecznem napewno ilość sanatoryów dla gruźliczych się zwiększy, ale, jak widać już z prac przygotowawczych osobnej komisyi, do opracowania tej sprawy wyznaczonej (26), charakter i zwłaszcza dotychczasowe znaczenie tego rodzaju zakładu leczniczego zasadniczo się nie zmieni.

Nie ulega wątpliwości, że z chwilą wprowadzenia w życie ubezpieczenia społecznego dalszy rozwój uzdrowiska ludowego dla gruźliczych pójdzie torami, jakie mu oddawna głęboka i wszechstronna myśl społeczna narodu angielskiego zakreśliła, t. j. uzdrowisko zostanie istotną częścią składową jak najszerzej uwzględnionego systemu walki z gruźlicą Dr Philipa.

Streszczając wszystko, co wyżej powiedziałem, stwierdzam na zakończenie, że w W. Brytanii pierwszej powstała myśl sanatoryalnego leczenia gruźlicy płucnej, — że w W. Brytanii pierwszej leczenie to zostało należycie ocenione i znalazło odpowiednie miejsce w ogólnym systemie walki z gruźlicą i że W. Brytania najwcześniej odkryła prawdę niezbitą, iż nie jedna droga i nie jeden sposób, ale cały ich szereg, rozumnie i planowo skoordynowany, wiedzie i doprowadzi człowieka do ostatecznego celu, t. j. do zwycięstwa nad gruźlicą.

Piśmiennictwo: 1) »Die Tuberculose-Arbeiten aus dem Kais. Gesundheitsamte«. II tom z r. 1904. 2) »A Letter from a Physician in the Highland to his friends in London« 1747 r. 3) List Dr. W. Mitshella, pomieszczony w czerwcowym zeszycie z r. 1905 w »British Medic. Journ.«. 4) Sprawozdanie z r. 1912 tegoż szpitala. 5) Dr. H. Timbell Bulstrode: »Sanatoria for Consumption and certain other Aspects of the Tuberculosis Question« Lond. 1908. 6) 99. sprawozdanie tegoż szpitala. 7) 72. sprawozdanie tegoż szpitala. 8) Dr. T. Dunin: »Walka z gruźlicą« Warsz. 1899. 9) Tom 172 »Selected Essays and Monographs« wydane przez »New Sydenham Soc.« w r. 1901. 10) H. Brehmer: »Die Gesetze und die Heilbarkeit der chronischen Tuberculose der Lunge« Berl. 1856 i tegoż autora: »Zur Aetiologie und Therapie d. chron. Lungenschwindsucht« Berl. 1874. 11) F. K. Walters: »The open Air or sanatorium Treatment of. Pulm. Tuberc.« Lond. 1909.; str. 15. 12) Przedmowa do: Prof. B. Fränkel: »Der Stand d. Tub.-Bekämpf. in Deutschland« Berl. 1905. 13) Str. 2 drugiego zeszytu z r. 1904 »Die Tuberk.-Arbeiten aus dem Kais. Gesundheitsamte«. 14) Wynn i Dixon: »The Role of the Sanatorium in the Treatment and Prevention of Consumption« w N 9 z r. 1912 »The Journ. of the Royal sanitary Institut« 15) »The Control and Eridication of Tuberculosis« zbiorowa praca wielu autorów. Edinb. i Lond. 1911. 16) Beilage zum Geschäftsbericht Deutsch. Zentral-Kom. zur Bekämp. d. Tuberk. 1913. 17) Prof. Kayserling: »Tuberculose« w zbiorowem »Soz. Kultur u. Volkswohlfahrt während d. ersten 25 Jahre Regierungs Kais. Wilhelm II«. 18) L. Turnau: »Statistik der Dauererfolge aus der Heilstätte Heiligenschwendi« Leipz. 1909. 19) 22. sprawozdanie tegoż szpitala. 20) Geschäftsber. Deutsch. Zentr. Kom. na wiosnę 1902 r. 21) F. M. Blumenthal: »Obszczestwien-

naja borba stubierkulozom« Moskwa 1911. 22) »Sbornik naucznych rabot po tubierkulozu« sanatoryum w Halila pod red. Dra. Gabriłowicza. S-Ptb. 1912. 23) »Publik Health and social Conditions« wydanie Local Goverment Board. 1909. 24) Dr. A. Kuczewski: »Sprawozd. z XI zjazdu przeciwgruźl.« w N 10 z r. 1913 »Lekarza Wil.« 25) Dr. T. Budzyński: »Praca fizyczna w zakładach dla chorych piersiowych« w N 45 z r. 1913 »Gaz. lekar.« 26) »Final Report of the Departamental Commitee on Tuberculosis« Tom I i II. 1913. 27). S. A. Knopf, M. D.: »Pulmonary Tuberculosis, its modern Prophylaxis and the Treatment in special Institutions and at Home«. Philadelphia. 1899.

Edward Gérard Festenburg.

(Wspomnienie pośmiertne).

Świat lekarski w Galicyi poniósł wielką i bolesną stratę. Zmarł przodownik w ruchu społeczno-lekarskim, którego działalność zapisała się trwale w historyi tego ruchu.

Dr Edward Gérard Festenburg, urodzony w październiku 1843, odbył szkoły gimnazyalne w Czerniowcach, poczem ukończył Wydział lekarski w Krakowie w r. 1867, z dyplomem doktora medycyny i magistra akuszeryi. Przybywszy do Lwowa, został asystentem prof. Webera w istniejącej wówczas Szkole chirurgicznej, a zarazem asystentem Zakładu położniczego. Po powołaniu prof. Webera na katedrę położnictwa do Pragi w r. 1871, był dr. Festenburg przez rok kierownikiem Zakładu i zastępcą profesora we wspomnianej szkole. Następnie rozpoczyna praktykę położniczą i ginekologiczną we Lwowie: garną się do niego chore i z biegiem lat staje na przedzie tej gałęzi, jako uznany i poszukiwany lekarz. Z górą lat 40 wykonywał z powodzeniem praktykę, darzony zaufaniem i ceniony dla swej troskliwości, wiedzy i doświadczenia. To też zrósł się z miastem i z jego ludnością, której niósł pomoc z ochotą i z najlepszą swą wiedzą.

Równocześnie w kołach kolegów zyskiwał sobie swemi zaletami umysłu i dobrego serca przychylność i ogólny szacunek. Kiedy w r. 1893 powołano do życia Izby lekarskie, dr Festenburg wybrany zostaje ze Lwowa do pierwszej Izby i jej wydziału. Wspólnie z ś. p. Rożańskim pracuje nad organizacyą i ukształtowaniem się nowej reprezentacyi zawodowej. W 3 lata później powołany zostaje na stanowisko prezydenta Izby i ten zaszczytny urząd piastuje lat 18 ku pożytkowi Izby i zadowoleniu lekarzy. Liczne czynności administracyjne i gospodarcze, połączone z tym ciężkim, dużo pracy pochłaniającym obowiązkiem, zostawiają mu jednak czas i myśl na spełnienie szerszych zadań zawodowych i społeczno-lekarskich. Jedną z takich był zamiar ubezpieczenia lekarzy na wypadek niezdolności do pracy i na starość, któremu wspólnie z innemi Izbami austryackiemi Wydział Izby lwowskiej pod przewodnictwem Festenburga poświęcił dużo usiłowań i czasu. Niestety nie dające się pokonać trudności finansowe i techniczne stanęły na przeszkodzie wykonaniu tej myśli w całem państwie. Nie mogąc zamiaru tego wykonać w całej pełni, postanowił dr Festenburg choć w części ulżyć niepewnej doli lekarskiej. Po opracowaniu projektów stwarza w r. 1903 »Kasę dla chorych lekarzy« przy Izbie lekarskiej wschodnio-galicyjskiej, pierwszą w państwie. Za ten czyn, którym do końca życia szczerze się cieszył, wielu kolegów dochowuje Mu głęboką wdzięczność i uznanie. Przez oszczędną i rozumną gospodarkę administruje rzetelnie groszem Izby i stwarza pewien, acz niewielki fundusz zapomogowy. A w tej gospodarce przyświeca Mu znowu szczytna myśl, pamiętania o tych, którym los zabrał żywiciela, o wdowach i sierotach po lekarzach.

Poza tem nie było wprost gałęzi pracy zawodowej, którejby nie poświęcił myśli, uwagi, czynu. Z tych licznych czynności wspomnę tu tylko o reformie taryf sądowo-lekarskich, reformie ustawy o lekarzach okręgowych, lekarzach więziennych, kolejowych, i t. d.

W stosunkach Izby na zewnątrz, z władzami, potrafił wyrobić dla niej poważanie i takie stanowisko, że z głosem i opinią jej chętnie i życzliwie się liczono; od lat 16 wysyłany jako delegat na Wiece Izb lekarskich, roztropnie i rozważnie zastępował Izbę lwowską; z chwilą zaś powstania Wydziału wykonawczego Izb wybierany doń corocznie, brał udział w częstych posiedzeniach, niestrudzony i niezrażający się trudami podróży.

W sporach koleżeńskich spokojny, wyrozumiały i trzeźwy, wytrawnym sądem i trafnem ujęciem sprawy łagodził je częstokroć i sprowadzał przewinienia do właściwej miary. Oprócz żmudnej pracy w Izbie, Festenburg brał żywy udział w całem życiu lekarskiem. W Towarzystwie lekarzy galicyjskich, długo-

STOWAINA BILLON
STERELIZOWANY ROZCZYN WE FLASZECZKACH
PRZY ZNIECZULENIN LOKALNEM (recepta RECLUS)
DLA RACHI-ANESTEZYI (recepta CHAPUT, TUFFIER, BARKER, BIER, KRÖNIG)
W DENTYSTYCE (recepta SAUVEZ)
PASTYLKI ZE STOWAINY BILLON
PRZECIW CHOROBOM UST I GARDLA
ANESTEZYA DOSKONATA
Cenniki i próbki na zadanie.
LES ÉTABLISSEMENTS POULENC FRÈRES PARIS
Wylaczne zastepswo na Austro-Wegry:
M. KRIS, WIEN, I. Stefansplatz, 8

letni skarbnik, zawiadywał funduszami Towarzystwa gorliwie, a w uznaniu zasług mianowany został jednym z nielicznych jego członków honorowych. Towarzystwo lekarskie lwowskie wybrało Go w r. 1894 swym prezesem, w posiedzeniach jego do ostatka bierze czynny udział, a losami Towarzystwa żywo do końca życia się interesuje. Powołany w r. 1895 do Krajowej Rady zdrowia, pracuje w niej przez lat 20 z pożytkiem jako gorliwy referent. W r. 1904 wybrany zastępcą, a w r. 1907 prezesem Rady spełnia swe obowiązki do ostatniej chwili i zyskuje uznanie, jako ścisły i bezstronny kierownik obrad. Towarzystwo opieki szpitalnej dla dzieci we Lwowie, utrzymujące szpital św. Zofii, obierało Go przez szereg lat swym prezesem; dzięki też Jego staraniom został ten szpital objęty przez kraj.

Serce Jego dobre znaliśmy wszyscy, rozum i doświadczenie ceniliśmy, przed Jego powagą głęboki odczuwaliśmy szacunek. Odchodzi z naszego grona, jako jeden z przedstawicieli starszego pokolenia lekarskiego, z tem, że zapracował rzetelnie na naszą wdzięczność i trwałą po sobie pamięć. J. Papée.

III. Zjazd balneologiczny polski.

Towarzystwo balneologiczne polskie urządza w pierwszych dniach Maja 1914 w Krakowie III. Zjazd balneologiczny polski połączony ze Zjazdem turystycznym. W programie obrad znajduje się omówienie postępów nauki balneologicznej, ustawodawstwa zdrojowego, deontologii lekarzy zdrojowych i t. p. obok spraw reklamy i prasy zdrojowej, przemysłu zdrojowego i turystyki. Zgłoszenia udziału (wkładka 10 koron), odczytów i referatów przesyłać należy pod adresem: »Biuro Zjazdu balneologicznego, Krajowy Związek turystyczny, Kraków, ul. Szpitalna l. 36.« — Komitetem gospodarczym Zjazdu jest Wydział Towarzystwa balneologicznego polskiego z prezesem dr M. Cerchą na czele.

W sprawie pomnika Karola Marcinkowskiego.

W Poznaniu powstała myśl wzniesienia pomnika na grobie znakomitego lekarza i wielkiego obywatela, Karola Marcinkowskiego. Do uczczenia pamięci jednego z najlepszych i najmędrszych synów Ojczyzny powinni w pierwszym rzędzie przyczynić się lekarze polscy, bo wszak jest On naszego przedewszystkiem grona dumą i chlubą i od nas przedewszystkiem należy się hołd Jego cieniom.

Na ten cel składają członkowie Komisyi redakcyjnej »Przeglądu lekarskiego« zebrane między sobą 150 koron, a pismo nasze chętnie pośredniczyć będzie w zbieraniu dalszych ofiar.

W tejże sprawie otrzymujemy również następujące pismo:

Szanowny Panie Redaktorze!

Prosiłbym dziś o gościnę w łamach »Przeglądu lekarskiego«, by czytelnikom tego poważnego czasopisma lekarskiego przypomnieć wielkopolską znakomitość, jaką był, niewątpliwie i poza kordonem dobrze znany, Karol Marcinkowski. Był to typ lekarza zdolnego, sumiennego, i obywatela kraj miłującego. Acz w młodym jeszcze wieku, zyskał sobie taką powagę, iż jego rozumem i sercem podyktowanej woli poddawał się chętnie każdy do niego zbliżony. Choć sam tego męża niezwykłych zalet poznać nie mogłem, żywy jego obraz wyrył się w mym umyśle z tego, co mi śp. mój ojciec, a jego kolega, o nim nieraz opowiadał, a z tego między innemi wynikało, że Marcinkowski posiadał taki mir wśród rzeszy lekarzy wielkopolskich, iż we wszystkich sprawach osobistych i zawodowych doń się z najwyższem odnoszono zaufaniem. On to wskazywał, z myślą o społeczno-narodowych zadaniach inteligencyi w zagrożonych okolicach, młodym ukończonym lekarzom, gdzie który ma się osiedlić, a zawsze dobrze wskazywał, a zawsze go słuchano i nigdy z tego nie było niezadowolenia czy przykrego dla kogokolwiek zawodu.

Otóż ten wielki mąż, któremu przedewszystkiem oczywiście Wielkopolska dużo zawdzięcza, a który myślą swą ogarnął całą Polskę, przeznaczając tysiące na cele społeczne, sam ogałacając się z całego mienia, — umarł ubogim, a testamentem polecał ciało swoje pochować skromnie: »prosto w ziemię, gdzie kolej wypadnie, nie kłaść żadnego znaku na grobie, ale grosz zaoszczędzony rozdać pomiędzy ubogich«. Czyż to nie rzewne słowa, świadczące o wielkoduszności piszącego testament męża, który nietylko za życia był wzorem dla towarzyszy zawodowych, ale i po śmierci pozostaje drogowskazem w pochodzie do wzniosłego celu.

I spoczął Karol Marcinkowski d. 7 listopada 1846 w swej ukochanej ziemi, a pamięć wdzięczna przechowuje się wśród społeczeństwa i bez spiżowego pomnika, którego nie pragnął, ale na który sobie więcej zasłużył od tych, których pamięć w szczęśliwszych od naszego społeczeństwach czczą w ten czy inny sposób.

Bieg rzeczy, dla nas tak krytyczny, tak brzemienny dla grodu Przemysława w nieszczęścia, jakie tamtą dzielnicę dawnej Polski prześladują, sprawił, iż grób znakomitego lekarza, niepospolitego obywatela, daleko patrzącego w przyszłość, który, przewidując nadciągającą na nasze głowy burzę, pragnął nas przed jej następstwami zabezpieczyć, znalazł się na krańcu cmentarza, a naprzeciw królewskiego zamku, wzniesionego na to chyba, by urągać naszej niemocy, naszej niewoli i niedoli; a przechodzień ani się domyśli, że tuż za ogrodzeniem spoczywa to serce, które tak gorąco odczuwało cierpienia bliźniego i fizyczne i moralne i dolę narodu.

Niechże więc na tej pięǳi ziemi wzniesie się wreszcie dowód wdzięczności polskiego społeczeństwa, pomnik godny wielkiego męża, który w krótkiem swem życiu czynił nadludzkie wysiłki, by nas uchronić przed nawałnicą. Niechże potomności przypomina tę szlachetną postać lekarza-patryoty, niech krzewi ducha i budzi nadzieje.

Imiennik jego, artysta Marcinkowski, wykonuje godny pomnik, wszystko przygotowuje się, brak tylko dostatecznych funduszów.

Sądzę, że na to dzieło pamiątkowe złożyć się powinni lekarze wszystkich zaborów i przyczynić się do wykończenia pomnika, który będzie dowodem wdzięczności naszego społeczeństwa dla jednego z najlepszych synów Polski.

Załączam na ten cel 30 K i upraszam wszystkie tygodniki lekarskie polskie o współudział w zbieraniu na powyższy cel składek.

Racz przyjąć Panie Redaktorze koleżeńskie pozdrowienie i zapewnienie poważania. B. Wicherkiewicz.

Wiadomości bieżące.

Autorowie polscy raczą przesyłać odbitki prac swoich kolegom, zdającym stale sprawę z piśmiennictwa polskiego do czasopism zagranicznych. Stałymi sprawozdawcami są:

Ze wszystkich działów: Komisya sprawozdawcza Towarzystwa lek. lwowskiego; prezes Prof. Dr Adolf Beck, Lwów, Piekarska 52 (Virchows Jahresber. der ges. Medizin): Dr Adam. Berlin-Buch (Deut. med. Wochenschrift), Dr Stan. Ostrowski, Petersburg, Fontanka 133, m. 7. (Russkij Wracz), Dr Fr. Veselý, Brno na Morawach (Časopis lek. českych), Prym. Dr K. Orzechowski, Lwów, Kraszewskiego 15 (Wiener med-Wochenschrift); z medycyny teoretycznej: Prof. Dr S. Bądzyński, Lwów, Piekarska 52 (Lavori e riviste di chimica etc.), Prof. Dr H. Hoyer, Kraków, św. Anny 6 (Schwalbes Jahresberichte üb. die Fortschritte der Anatomie u. Entwickelungsgeschichte, anatomia ludzka, porównawcza, histologia, embryologia, antropologia); Dr W. Szczawińska, Paryż, rue Dutot 18. (Bulletin de l'Institut Pasteur); Dr M. Friedmann, Wien IX, Allg. Krankenhaus, 27 Stiege, Z. 72. (fizyologia, biochemia, patologia doświadczalna); z medycyny wewnętrznej: (w zakresie gruźlicy) Dr S. Sterling, Łódź, Piotrkowska 111 (Intern. Centralblatt f. d. ges. Tuberculoseforschung), (hematologia): Dr Stanisław Klejn, Warszawa, Leszno 17 (Folia haematologica et serologica); z chirurgii: Dr Radliński Kraków, Kopernika 40 (Centralblatt f. Chirurgie); Dr Ant. J. Goldman, Łódź, Piotrkowska 19 (pisma francuskie), Dr A. Wertheim, Warszawa, Krucza 47 a (pisma niemieckie); Dr Okińczyc, Paryż (Journal de Chirurgie); z neurologii: Prym. Dr K. Orzechowski, Lwów, ul. Kraszewskiego 15 (Folia neurobiologica, Epilepsia, Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilkunde);

z pedyatryi: prym. Dr J. Landau, Kraków, Gertrudy 9 (Jahrbuch für Kinderheilkunde), Dr J. Brudziński, Warszawa, Włodzimierska 9, Dr H. Rozenblatówna, Warszawa, Szpital im. Karola i Maryi (Jahrbuch für Kinderheilkunde), Prof. Dr Lewkowicz i Dr Wł. Bujak, Kraków, szpital św. Ludwika, (Monatsschrift f. Kinderheilk.); z ginekologii: Dr Franc Neugebauer, Warszawa, Leszno 33 (Gynaekol. Rundschau, Zentralblatt f. d. ges. Gynaekol., pisma francuskie, Frommel's Jahresbericht), Dr Hugo Ehrlich, Przemyśl (Zentralbl. f. Gynaek. i Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynaekologie): z laryngologii i otyatryi: Dr J. Sędziak, Warszawa, Erywańska 10 (Monatschr. f. Ohrenheilk. [Berlin], Journal of Laryng etc. [London], Annals of Otology etc. [St. Louis]), Dr R. Spira, Kraków, Grodzka 51, (Archiv für Ohrenheilkunde i Monatsschrift) für Ohrenheilkunde u. Laryngologie); z dermatologii: Prof. Dr Krzyształowicz, Kraków, Basztowa 6 (Dermatol. Jahresbericht, Archiv f. Dermatol. u. Syphilis), Dr Leon Feuerstein, Lwów, Kopernika 12 (Dermatologische Wochenschrift), Dr J. Papée Lwów, Asnyka 3, (Dermatologische Zeitschrift), Dr Turzański, Jarosław (Mediz. Klinik); z urologii: Dr A. Karwowski, Poznań, św. Marcina 54 (Jahresber. f. Urologie); z hydroterapii: Doc. Dr Kowalski, Lwów, Romanowicza 20 (Monatsschr. f. d. physik.-diät. Heilmethoden); z elektrologii: Dr J. Zanietowski, Kraków, Batorego 1 (Zeitschr. f. Elektrologie, Annales d'electrol., Archiv. f. physikalische Med., Annali de electricita med.); z okulistyki: Dr St. Lewicki, Odessa, ul. Elisawetyńska 23, m. 1. (Wiestnik oftałmologii), Dr W. Kapuściński, Poznań, Podgórna (Ringstrasse) 14 (Zentralblatt f. d. ges. Ophthalm); z historyi medycyny: Dr J. Lachs, Kraków, Jasna 2 (Mittheil. zur Geschichte der Medizin. i dział historyczny w Virchows Jahresberichte der ges. Medizin); z higieny szkolnej: Doc. Dr E. Piasecki, Lwów (Hygiène et médecine scolaires), wraz z Dr M. Biehlerową, Warszawa (Archives intern. d'hygiène scolaire).

Redakcya »Przeglądu lekarskiego« uprasza Kolegów, zdających stale sprawę do innych pism, o łaskawe zgłoszenie się celem uzupełnienia powyższego spisu.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 4. II. 1914 posiedzenie, na którem prym. dr Borzęcki przedstawił przypadek raka wędzidełka języka, a dr Bobak przypadki młodzieńczego zaniku mięśni oraz zapalenia przednich rogów rdzenia, poczem odbyły się zapowiedziane wykłady i demonstracye prym. dr Latkowskiego, dr Mayera, Nowaczyńskiego i Wachtla. W dyskusyi przemawiali dr Blassberg, prof. Gliński, dr Hirsch, Landau, prof. Lewkowicz, dr Stahr i Wachtel.

— Towarzystwo ginekologiczne krakowskie obrało na rok 1914 swym prezesem dr Brunona Wojciechowskiego, zastępcą dr Akermanna, skarbnikiem dr Friedmanna, sekretarzem dr J. Zubrzyckiego.

— Na pomnik Karola Marcinkowskiego złożyli w Redakcyi »Przeglądu lekarskiego« koledzy: dr Akermann, Blassberg, prof. dr Browicz, Ciechanowski, Kader, Krzyształowicz, Majewski, Rutkowski, dr Wojciechowski razem 150 K., prof. dr Wicherkiewicz 30 K.

Poznań. Otrzymaliśmy następującą odezwę: »Rada Narodowa Wielkopolska wzywa niniejszem wszystkich polskich wydawców i autorów książek ogólno-kształcących, podręczników naukowych, czasopism, także gier i t. p. dla dzieci, młodzieży i ludu, aby przysyłali łaskawie bezpłatnie po jednym egzemplarzu swych wydawnictw do archiwum Wydziału kulturalno-oświatowego. Rada Narodowa prosi również dla swego księgozbioru ogólnego o dzieła treści politycznej, ekonomicznej lub społecznej, pośrednio lub bezpośrednio dotyczące zaboru pruskiego lub wogóle sprawy polskiej. Przyjmujemy także z wdzięcznością dary każdej ilości: elementarzy, podręczników i książek polskich. Wszelkie przesyłki adresować należy: Rada Narodowa, Poznań — Posen Wilhelmstr. 1.

Biuro Rady Narodowej: Dr Fr. Schroeder«.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 19. I. do 26. I. 1914 przypadków: ospy 1 † —, płonicy 1 † —, róży 2 † —. Dr. Trenkner.

Mianowani: Prof. P. Schmidt z Lipska profesorem higieny w Giessen; prof. Buday z Klausenburga i prof. Krompecher z Pesztu profesorami zwycz. anatomii patol. w Peszcie.

Zmarli: Dr Emeryk Malęwski w Stawiszczach na Ukrainie w 69 r. ż.; dr Edward Winawer w Petersburgu w 54 r. ż.; Dr Marceli Lauterbach, praktykujący w Wiedniu, zmarł w Drohobyczu w 56 r. ż.; dr Lauterbach był cenionym lekarzem, odznaczonym orderami zagranicznymi; przez lat kilka był stałym współpracownikiem »Przeglądu lekarskiego« w dziale sprawozdawczym.

Anatom prof. Bartels w Królewcu.

Redakcya otrzymała: Serkowski i Kraszewski: Anwendung des Abbé'schen Refraktometers bei chemisch-physiologischen Untersuchungen. (St. Petersb. med. Ztg. 1913)

Odpowiedzialny redaktor:

Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 11. lutego 1914 w domu Towarzystwa (Radziwiłłowska 4). o godz. 6 wieczorem.** Na porządku dziennym: 1) Dr. J. Nowaczyński: Demonstracye chorych 2) Prym. Dr. Stahr, delegat Związku krajowego lekarzy: Uwagi o uspołecznionej pomocy lekarskiej.

Nadesłane

DR. ST. BENEDYKT KWIATKOWSKI 282

B. I. Asystent Kliniki chorób wewnętrznych U. J. ordynuje **w Meranie** (Haus Venosta) do **końca kwietnia** od **maja** zaś w **Maryenbadzie** (Haus Hamburg).

Szczawa Krondorfska uznana za najlepszą i naturalną

Najlepsze skutki w nieżytach żołądka i pęcherza, jakoteż dróg oddechowych. 208

Prospekty rozsyła na żądanie Brunnen-Unternehmung Krondorf bei Karlsbad lub też Generalna reprezentacya dla Galicyi i Bukowiny, Kraków, Grodzka 48. Lwów, Sykstuska 81.

NATURALNA SÓL SZPRUDLA jest jedynie prawdziwą solą KARLSBADU Zastrzega się przed falsyfikatami

Rok LIII. Kraków, dnia 14. lutego 1914 Nr 7.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

(Z kliniki chorób skórnych i wenerycznych prof. Dr W. Reissa w Krakowie).

Noviform jako środek leczniczy w niektórych chorobach skórnych i wenerycznych.

Podał

Dr H. Weber.

Od czasu kiedy objąłem obowiązki asystenta na klinice chorób skórnych i wenerycznych w Krakowie, zarzuciłem zupełnie stosowanie jodoformu jako środka leczniczego. Woń jego, i nieprzyjemna i zdradliwa, jakoteż dość często zdarzające się zapalenia skóry po zastosowaniu tego środka, czasami nawet na bardzo niewielkiej przestrzeni, wreszcie objawy zatrucia, które jodoform od czasu do czasu powoduje, skłoniły mnie do szukania jakiegoś środka zastępczego i wkrótce też przekonałem się, iż bez jodoformu zupełnie dobrze obejść się można.

Po kolei próbowałem środków zastępczych najbardziej chwalonych, z których jedne mniej, drugie więcej zalet okazały; jednakowoż prawie wszystkie, prędzej czy później, do celu doprowadzały. Od roku mniej więcej, w odpowiednich przypadkach, używam noviformu i zdaje mi się, że natrafiłem na przetwór, który niema wad jodoformu: jest więc bezwonnym, niedrażniącym i nietrującym; posiada natomiast wszystkie jego zalety, i to w wyższym może stopniu. Przewyższa go zaś tem, że prócz zdolności pobudzania tkanek do wytwarzania ziarniny równie szybko, jak to czyni jodoform, ma tę zaletę, że zastosowany na ranę, nawet zaniedbaną, szybko oczyszcza ją z powodu swej własności wysuszającej. Nie wywołuje nagromadzenia się cieczy ropnej pod opatrunkiem, jak to widzimy przy stosowaniu jodoformu, czyto w postaci zasypki, czy maści; wreszcie jedną z bardzo ważnych zalet noviformu jest również i ta okoliczność, że środek ten nie wywołuje tworzenia się strupów z następowem zatrzymywaniem się wydzieliny.

Noviform jest to połączenie bizmutu z brenzkatechiną, o tyle szczęśliwie dobrane, że poszczególne składniki nawzajem się wspierają. Brenzkatechina działa silnie bakteryobójczo, jej działanie zaś drażniące dodany bizmut zupełnie zobojętnia, działając łagodząco i wysuszająco i pomagając działaniu bakteryobójczemu brenzkatechiny w ten sposób, iż wysuszając ranę odbiera mikrobom tę ilość wilgoci, która im jest do życia i rozwoju koniecznie potrzebną,

Noviformu próbowałem w całym szeregu przypadków różnych spraw chorobowych, i tak w oparzeniach, wrzodach goleni, wypryskach, owrzodzeniach wenerycznych i operacyjnie leczonych dymienicach, tudzież różnych owrzodzeniach skóry, które następowo uległy zakażeniu, jak owrzodzeniach kilakowych, ranach zaniedbanych, w zapaleniu żołędzi i napletka i t. p. w postaci zasypek, maści 10—20%, wreszcie gazy noviformowej.

Przy oparzeniach świeżych stosowałem zwykle maść 10% tak w pierwszym i trzecim, jakoteż, po przekłuciu pęcherzy, w drugim stopniu oparzenia. Chorzy uczuwali natychmiast po założeniu opatrunku przyjemne uczucie chłodu i uśmierzenie bolu. Przy zmianie opatrunku nigdy nie widziałem po zdjęciu jego owej cuchnącej, obfitej cieczy ropiastej, jaką poprzednio zdarzało mi się często widzieć przy stosowaniu innych środków. Rana bywała czysta i sucha, obumarłe zaś części skóry oddzielały się szybko, przyczem pojawiała się świeża i zdrowa ziarnina, która szybko pokrywała się naskórkiem, wiodąc do delikatnej i nieszpecącej blizny. Jeśli zdarzyło mi się leczyć oparzenia stare i zaniedbane, to i tu, mimo iż rany były zazwyczaj silnie zanieczyszczone i pokryte brudnymi nalotami, a zarazem sączące, udawało mi się zapomocą opatrunków z maści noviformowej 15—20% szybko sączenie zmniejszyć i ranę oczyścić. Nigdy nie spostrzegałem najmniejszego nawet podrażnienia skóry; nigdy, nawet u dzieci na dużych przestrzeniach stosowana maść nie wywoływała objawów zatrucia. Podobnie, jak owe źle leczone albo wogóle nie leczone oparzenia, udawało mi się prawie zawsze szybko oczyszczać zaniedbane, domowymi środkami leczone owrzodzenia goleni pokryte cuchnącą szaro-żółtą miazgą. I tu sączenie ustępowało już po 3—5 dniach pod zasypką czy maścią noviformową; części obumarłe oddzielały się szybko, poczem okazywała się świeża ziarnina, która przy użyciu odpowiednich środków pomocniczych, jak leżenie z podniesioną kończyną w celu wyrównania wadliwego krążenia, bandażowanie kończyny i t. d., pokrywała się rychło zdrowym naskórkiem. Podobnie udawało mi się szybko leczyć tym przetworem również i inne postacie chorobowe, jak niesztowice, liszajce i inne formy zakażeń. Zapalenie żołędzi i napletka ustępowało, a wydzielina znikała po 3—4-krotnem zaprószeniu noviformem; w lekkich przypadkach następowało wyleczenie

często po jednorazowem zasypaniu. Nader szybko udawało mi się również doprowadzić do oczyszczenia owrzodzenia weneryczne. Po przytuszowaniu wrzodu siarkanem miedzi przez pierwsze 2—3 dni stosuję noviform w proszku, a następnie w postaci maści. Owrzodzenia nawet duże oczyszczają się w 3—4 dni i leczą się następnie jako czyste rany w krótkim czasie. Bardzo ważną w tym kierunku dodatnią cechą noviformu jest własność niewytwarzania na ranie strupa, ropa bowiem skutkiem tego nie zatrzymuje się, nie dając powodu do następowego wytwarzania się powikłań.

Z powodu opisanych zalet noviformu sądzę, że mamy w nim środek lepszy od wielu dotychczas znanych i polecanych; zalety te polegają zaś, jeżeliby chodziło o porównanie działania tego przetworu z innymi, dotychczas używanymi, właśnie na wyżej wspomnianem szybkiem osuszaniu ran, nawet bardzo zaniedbanych i cuchnących, tudzież na znacznem skracaniu okresu, wiodącego do pojawienia się zdrowej ziarniny.

Leczenie przymiotu salwarsanem.

(Sprawozdanie poglądowe).

Podał

Dr M. Mondschein

sekundaryusz szpitala powszechnego w Stanisławowie.

Od czasu wynalazku salwarsanu zmienił się zupełnie sposób leczenia kiły, a także poglądy na istotę pewnych objawów uległy znacznej zmianie. Mam tu na myśli poglądy na neurorecydywy, na które z powodu ich częstości pierwszy zwrócił uwagę Finger, tłómacząc je jednak mylnie, jako objawy, wynikające z toksycznego działania samego salwarsanu. Obecnie jednak przyjęte jest powszechnie tłómaczenie Ehrlicha, który w tych przejściowych poraźnych objawach widzi t. w. monorecydywy samej kiły, jeśli one wystąpią w pewien czas po wstrzyknięciu. Objawy poraźne, występujące w kilka godzin do trzech dni, uważa Ehrlich za odczyn Jarisch-Herxheimera. Tak jedne, jak i drugie, ustępują rychło po powtórnem wstrzyknięciu salwarsanu, co przemawia tylko za słusznością zapatrywania Ehrlicha. Występują one tem regularniej i tęm pewniej, im świeższą jest kiła ogólna.

Zadaniem mojem jest zebrać w krótkości doświadczenia z trzyletniego górą używania salvarsanu. Nie myślę wdawać się w szczegóły, dotyczące działania tego środka na poszczególne wykwity kiły, lecz co najwyżej zebrać je ryczałtowo. Celem zaś mym jest zachęcić szersze koła lekarzy do sięgnięcia po ten środek, by on nie był tak, jak dotychczas, stosowany jedynie po klinikach i szpitalach i ograniczony do kilku uprzywilejowanych lekarzy, lecz by stał się, jak na to w zupełności zasługuje, dobrem ogółu lekarzy i chorych. Sposób rozpuszczania salwarsanu, jakoteż jego stosowania uległy z biegiem czasu takiemu uproszczeniu, że nie wymagają już dawniejszego skomplikowanego instrumentaryum, ani specyalnej rutyny ze strony lekarza go stosującego. Ale o tem później.

Entuzyazm początkowy, podniesiony wprost do egzaltacyi i głosy przeciwników, ogromnie wrogo, a przynajmniej z niedowierzaniem spoglądających w stronę obcego przybysza, wszystko to umilkło. Pierwsi spuścili z tonu, drudzy powoli zmieniać zaczęli stanowisko swe na przychylniejsze, zbliżyli się ku pierwszym. Przyszedł czas rozwagi, czas długich doświadczeń. I oto pokrótce plon ich jest następujący.

W pierwszorzędnej kile okazał się salwarsan środkiem, który wcześnie zastosowany, może sprowadzić poronne wyleczenie. Musi być jednak wcześnie stosowany, gdy jeszcze odczyn Wassermana we krwi jest ujemny, a zajęcia gruczołów okolicznych jeszcze nie ma lub zajęcie to jest tylko nieznaczne. Ale powiodło się nieraz przy dość długo istniejącym wrzodzie twardym, raz nawet w 5. tygodniu przy bardzo energicznem, nieustającem leczeniu rtęcią w postaci wstrzykiwań wśródmiąższowych (najlepszy kalomel), a jeszcze lepiej zapomocą wcierań i kilku (2—4) śródżylnych wlewań salwarsanu uzyskać jeszcze poronne wyleczenie, stwierdzone zupełnym brakiem przez (dotąd) 2 lata objawów klinicznych i stale ujemnym odczynem krwi. Czem to wytłómaczyć, czy słabym jadem kiły u tego chorego, czy wielką odpornością jego ustroju i zdolnością wytworzenia wielkiej ilości antygenu, — te pytania wymykają się ostatecznemu rozwiązaniu; co do mnie, przypisywałbym to obu czynnikom, tj. i słabemu jadowi kiły, i odporności ustroju.

Częściej jednak, gdy odczyn krwi jest już dodatni, nie udaje się leczenie poronne i wtedy widzimy występowanie drugorzędnych objawów klinicznych, lecz prawie stale po dłuższym niż zazwyczaj okresie utajenia, bo po 3 miesiącach, ba nawet w $^1/_2$ roku po wystąpieniu wrzodu twardego. Że wrzód twardy, stwierdzony wykryciem krętków, należy zniszczyć, a więc najlepiej wyciąć lub przepalić Paquelinem lub wreszcie gorącem powietrzem sposobem Holländra, tego chyba dodawać nie trzeba, gdyż przez to pozbywamy się odrazu ogniska, nader obfitującego w krętki, z którego odbywa się zakażanie krwi i wszystkich narządów. Nieznalezienie krętków nie wyłącza — nawiasem mówiąc — istnienia wrzodu twardego, wiadomo bowiem, że krętki przed 3—4. tygodniem bardzo trudno znaleść w twardym wrzodzie, cóż dopiero w t. zw. »chancre mixte«. W tych przypadkach kierujemy się cechami klinicznemi owrzodzenia, a więc powstaniem po odpowiednim okresie wylęgania, typowym obrazem, stwardnieniem sznura limfatycznego na grzbiecie prącia, wreszcie okolicznym obrzękiem gruczołów. Że i te objawy nieraz zawodzą, uczy doświadczenie lekarskie; mogą one bowiem wszystkie nie istnieć mimo obecności pierwotnej zmiany kiłowej, mogą naodwrót istnieć w przypadkach wrzodu miękkiego. W tych przypadkach należy wyczekiwać dodatniego odczynu krwi, który w przypadkach wrzodu twardego w 3—6. tygodniu staje się zwykle dodatnim. Pamiętać także należy, że owrzodzenie miękkie na brzegu żołędzi wygląda często tak, jak wrzód twardy.

Po wystąpieniu objawów ogólnych, a więc osutki, kłykcin, należy chorego poddać energicznemu leczeniu rtęcią aż do zupełnego ustąpienia tych objawów. Należy tu przestrzedz przed zawczesnem stosowaniem salwarsanu, który wstrzyknięty przed zupełnem ustąpieniem osutki, kłykcin, początkowego silniejszego obrzęku gruczołów, wywołuje częściej znacznie, niż dawne sposoby leczenia, objawy poraźne w zakresie nerwu wzrokowego, słuchowego, twarzowego i okoruchowego. Objawy te występowały, jak to pisałem w mej drugiej pracy o salwarsanie z roku 1911, i przy dawnem leczeniu jodowo-rtęciowem, choć znacznie rzadziej, jak tego dowodzą wykazy statystyczne Schnabla i Sanyego, Hutchinsona i Pollitzera. Obecnie są one przy salwarsanie tylko znacznie częstsze, a częstość i pewność ich powstawania stoi w odwrotnym stosunku do wysokości dawki, w odwrotnym też do czasu, jaki upłynął od pojawienia się osutki aż do wstrzyknięcia salwarsanu. Im wyższą więc jest dawka, tem rzadsze neurorecydywy, także im krótsze przerwy między poszczególnemi wlewaniami. Im wyższa dawka i im krótsze przerwy między wlewaniami, tem prędzej w ustroju wytwarzają się czynniki uodporniające (Immunvorgänge), tem szybciej zbliża się choroba do okresu kilakowego. Im dłuższy czas upłynął od pierwszej osutki do chwili wstrzyknięcia, tem pewniejszem, tem wydatniejszem jest ogólne zakażenie ustroju, które nie dozwala już na silniejsze miejscowe zmiany. Między ogólnem bowiem zakażeniem

a miejscową zmianą kiłową czyto pierwotną, czy monorecydywą, czy schorzeniem trzeciorzędnem, panuje wieczny antagonizm. Wrzód twardy, choćby najzłośliwszy, najszybciej drążący wgłąb i zajmujący coraz szerzej otoczenie, traci na zdolności rozwoju z chwilą ogólnego zakażenia ustroju; naodwrót z chwilą słabnięcia zakażenia ogólnego i występowania czynników uodporniających, powstają często zmiany miejscowe, przyrody trzeciorzędnej, szczególnie ograniczone kiłowe schorzenie naczyń (aortitis, sclerosis arteriar. coronariarum cordis), kiłowe zmiany mózgu i opon, choć ich początki sięgać mogą i okresu wcześniejszego. Taksamo jeśli przez małe dawki salwarsanu ogólne zakażenie dozna jakowychś przeszkód, wtedy jad kiłowy we wrzodzie pierwotnym, czy w nerwach, zaczyna bujać, dając w pierwszym przypadku pochop do powstawania reinduracyi (chancre redux), w drugim do neurorecydyw.

Leczenie więc kiły drugorzędnej powinno polegać na dokładnem usunięciu objawów zapomocą rtęci i jodu, a dopiero potem na przejściu w leczenie salwarsanem w wielkich dawkach, w przerwach niezbyt długich. Że takie energiczne leczenie rtęcią (głównie wcieraniami), salwarsanem i jodem skraca znacznie czas trwania choroby, tego dowodzą ponowne zakażenia (reinfekcye), znacznie częstsze od czasu pojawienia się salwarsanu, klinicznie i serologicznie niewątpliwie stwierdzone. Klinicznie, gdyż posiadały wszelkie znamiona wrzodu twardego, serologicznie, gdyż odczyn krwi okazał się dodatnim po dłuższej przerwie z odczynem ujemnym; między nimi kilka przypadków, gdzie wedle Jadassohna wykonano dwukrotne wstrzyknięcie wywołujące (prowokacyjne), a odczyn krwi, poprzedzający zakażenie, był mimo to ujemny.

Również i kiła, usadowiona w krtani, nakazuje ostrożność w stosowaniu salwarsanu. Zwykłe kłykciny leczą się co prawda prędko, do 8—10 dni. Jeśli jednak kłykciny są rozpadłe i drążące w głąb, jeśli przytem są zmiany kiłowe ochrząstnej chrząstek, szczególnie nalewkowatych, któremu zawsze towarzyszy mniejszy lub większy obrzęk otoczenia, wtedy po salwarsanie obrzęk istniejący łatwo znacznie się może zwiększyć (przejściowy odczyn Jarisch-Herxheimer), co wystarczyć może do zupełnego zatamowania oddechu i wywołać śmierć, jeśli wczas zrobioną tracheotomią temu się nie zapobiegnie. W taki sposób straciłem na początku ery salwarsanu jednego chorego, wieśniaka, z bardzo posuniętemi zmianami w krtani. Ten chory w dwa dni po wstrzyknięciu salwarsanu uczuł nagle ciężkość oddychania, która w ciągu kilku dalszych godzin tak się wzmogła (wedle opowiadań matki), że wyczerpany wreszcie położył się i wkrótce ducha wyzionął. Ten obraz odpowiada zupełnie odczynowi Herxheimera, a obrzęk przy tem występujący zamyka częstokroć zupełnie głośnię. Pouczający ten przypadek przemawia za tem, by w ciężkich zmianach krtani przeprowadzić najpierw powolne leczenie rtęciowe (wcierania), poczem po zupełnem ustąpieniu tych zmian sięgnąć można dopiero po salwarsan.

Co do dalszych zarzutów, podnoszonych przeciw salwarsanowi, to obok neurorecydyw przeciwnicy salwarsanu — dawniej liczni, obecnie w znacznie mniejszej liczbie — przytaczają liczne przypadki śmierci, których wedle Dreyfusa narosło w r. 1911 i 1912 aż 112. Wszystkie te jednak przypadki, bliżej rozważone, wykazują albo silny niestosunek między wysokością dawki, a zbyt nizką wagą ciała lub stanem ogólnym podupadłym, albo za krótkie przerwy między stosowaniem wysokich dawek (1—2 dni), albo zbyt późną kiłę (znacznie posunięte porażenie postępowe), albo wreszcie stan serca czy naczyń tego rodzaju, że stanowił on, już wedle zasadniczych przepisów Ehrlicha, wprost przeciwwskazanie do stosowania salwarsanu. Że sam salwarsan w zbyt wysokich dawkach ma działanie toksyczne, zwykle z zejściem śmiertelnem u ludzi z późnem schorzeniem kiłowem mózgu, tego dowiodły niektóre z tych przypadków śmiertelnych, gdzie sekcya wykazała krwotoczne zapalenie mózgu (encephalitis haemorrhagica), którą Marschalko zdołał po wstrzyknięciu wysokich dawek wywołać doświadczalnie u królików.

Należy więc dokładnie najpierw zbadać chorego i uwzględnić wszystkie dane, przemawiające za i przeciw wstrzyknięciu. Małemu chłopcu, liczącemu lat 10, nie damy przecie pełnej dawki, jak również starcowi 60-letniemu z posuniętą miażdżycą. W tych przypadkach dla poznania wogóle indywidualności chorego, jego sposobu i stopnia oddziaływania na salwarsan, radzę zawsze zacząć od próbnego wstrzyknięcia śródżylnego w wysokości 0·15—0·2. Dopiero po dokładnem wyśledzeniu, czy też u chorego nie wystąpi wyższa gorączka, dreszcze, pewne, choćby małe objawy ze strony serca, podmiotowej czy przedmiotowej natury (przyśpieszenie, zwolnienie, czy niemiarowość ruchów serca, czy zbyt silny spadek ciśnienia krwi), bole czy zawroty głowy (nieraz się zdarzające), mdłości, wymioty, czasem przejściowe stany osłabienia, dopiero więc po wystąpieniu czy braku powyższych objawów i stwierdzeniu ich stopnia (co najważniejsze), należy zadecydować, czy przystąpić do właściwego wlewania salwarsanu i w jakiej dawce.

Przeciwwskazania salwarsanu, przez Ehrlicha postawione jako dogmat, przez wielu innych autorów jeszcze rozszerzone na cały szereg chorób czy objawów, ograniczyłbym do minimum. Przeciwwskazaniami temi były: zbyt nizka waga ciała, zły stan odżywienia, silna niedokrwistość (nawet), jawna gruźlica, cukrzyca, zapalenie nerek, choroba Basedowa, wady serca, miażdżyca tętnic, choroby gorączkowe, ciężki alkoholizm, tętniak aorty, kiła mózgu, wiąd rdzenia i porażenie postępujące. Nie pora tu, ni miejsce, rozbierać słuszność, czy niesłuszność tych przeciwwskazań. Ogólnie tylko powiem, że z wyjątkiem naturalnie chorób gorączkowych, czynnej gruźlicy, bardzo posuniętej miażdżycy i niewyrównanej wady serca oraz rozwiniętego już wiądu rdzenia czy porażenia postępowego nie widzę wcale przeciwwskazań do stosowania salwarsanu. Indywidualizowanie dokładne, oparte oczywiście na naszem doświadczeniu fachowem, próbne wstrzyknięcie, — nigdy nie zawiodą ani nas, ani ufności chorego w naszą wiedzę. I choremu z wadą serca, jeśli tylko wyrównana, można śmiało, jak to w pierwszej jeszcze mej pracy z r. 1910 podniosłem, podać salwarsan, ale w dawce stosownie małej i lepiej ją w krótkich przerwach powtarzać, niźli zaryzykować, stosując wprost wielką. Również chorzy z miażdżycą, jeśli tylko nie zbyt posuniętą, znoszą salwarsan w podobnie małych dawkach, jak chorzy z wadą serca. Niezłe też wyniki w postaci wstrzymania rozwoju choroby na pewien dłuższy czas widziałem po salwarsanie przy zwiastunach samych wiądu rdzenia i porażenia postępowego. Średnio u ludzi zdrowych nie należy posunąć się powyżej 0·6 neosalwarsanu, u ludzi wyjątkowo zdrowych i rosłych nawet do 0·9.

W kile trzeciorzędnej stosowanie salwarsanu jest wskazane, ponieważ działa on bardzo korzystnie na kilaki, czyto skóry, czy kości, czy innych narządów (język, gardło i t. d.), a to swoje korzystne działanie zawdzięcza głównie wielkiej zawartości arszeniku, który — jak uczy doświadczenie — w tym okresie jest obok jodu środkiem nader skutecznym i przyspieszającym gojenie. Na tem polega szerokie zastosowanie i dodatnie działanie w trzecim okresie enesolu, arsojodyny, czy innych połączeń arszeniku. Ogromnie ostrożnym być trzeba co do stosowania salwarsanu przy zmianach kiłowych tętnicy głównej (mesaortitis productiva gummosa), szczególnie jednak przy zajęciu tą sprawą tętnic wieńcowych serca, cechującem się napadami dusznicy bolesnej i bodaj przejściowej niesprawności mięśnia sercowego (arrhytmia, obniżenie ciśnienia krwi). Tu często przepięknych wyników doczekać się możemy z powoli, a konsekwentnie przeprowadzonego leczenia rtęciowego, i to dla szybkiego zrazu zadziałania, bez zbytniego osłabienia ustroju, w postaci kilku wstrzyknięć rozpuszczalnych przetworów (najlepszy asurol), poczem w postaci wcierań, które znów korzystnie działają na stan ogólny. Dopiero po ustąpieniu na stałe wszelkich objawów przedmiotowych można

ostrożnie stosować salwarsan w małych dawkach i przerwach dłuższych (10—14 dni). Objawów podmiotowych nie należy przytem wcale lekceważyć, boć doświadczenie lekarskie uczy, że stan serca, czy jego sprawność niezawsze idzie w parze z objawami przedmiotowymi, że więc ono może mieć dość długi żywot przed sobą mimo całego zbioru tych objawów, a naodwrót nieraz rychło wypowiada posłuszeństwo mimo braku wszelkich objawów przedmiotowych, a tylko przy istnieniu u chorego pewnych przypadów podmiotowych (ból, ciśnienie, czy gniecenie w okolicy serca, kołatanie serca, uczucie lęku sercowego i t.d.). Z tej więc ważnej przyczyny, że z badania klinicznego nie możemy sobie wyrobić zawsze dokładnego obrazu o stanie naczyń i rozmiarze kiły w ich ścianach, czy samem sercu, nie powinno się nigdy odrazu stosować salwarsanu, gdyż — jak wiemy — wywołuje on odczyn miejscowy, którego następstw przewidzieć nie można.

Wstrzykiwanie salwarsanu odbywa się obecnie w sposób całkiem prosty. Po wielkich przyrządach Weintrauda i Hauptmana, mających te wady, że do ich wyjałowienia trzeba było osobnego dużego przyrządu sterylizacyjnego, że przytem te przyrządy, jako składające się z dwóch cylindrów w górze otwartych, nie mogły zapobiedz wtargnięciu do środka pyłu podczas dość długo trwającego wlewania, prócz wielu innych jeszcze wad (kilka dość długich wężów gumowych i t.d.), przyszedł znacznie lepszy przyrząd Schreibera, wreszcie mój, stanowiący system zupełnie zewsząd zamknięty, gdzie wyjaławianie przyrządu odbywało się równocześnie z wyjaławianiem płynu, przeznaczonego do wlewań. Odkąd jednak przekonano się, że zwykłą 5—10 cm strzykawką »rekord« można bez wielkich zachodów tenże sam cel osiągnąć, poszły wszystkie te przyrządy w zapomnienie, a całe wstrzyknięcie polega na wbiciu igły i wstrzyknięciu zawartości 5—10 cm strzykawki »rekord«. Tą strzykawką wstrzykiwałem naraz 0·9 neosalwarsanu bez żadnych ujemnych objawów; igła powinna być ostra, miernie gruba (jak do kamfory), o krótkiem zakończeniu, strzykawka wolno, jednostajnie się wypróżniająca. Strzykawkę taką każdy lekarz posiada, po oswojeniu się więc z tym zabiegiem, wymagającym tylko pewnej wprawy i doświadczenia, nic nie stoi na przeszkodzie rozpowszechnieniu stosowania salwarsanu przez ogół lekarzy, szczególnie w miejscowościach mniejszych, gdzie brak lekarzy specyalistów.

Oceny i sprawozdania.

Prof. Dr Ludwik Rydygier, Radca dworu, Dyrektor kliniki chirurgicznej. **Zbiór prac dotychczas drukiem ogłoszonych.** Lwów 1912. Nakładem autora.

Książka, którą mamy przed sobą, należy swem ujęciem do zjawisk wyjątkowych, nietylko w naszej literaturze lekarskiej, ale, jak mniemam, i w literaturze wszechświatowej. Zjawisko tem także wyjątkowe, że autor, stojący przed czytelnikami z dorobkiem 25-letniej pracy, rozporządza takim zapasem sił intelektualnych i fizycznych, iż czytelnik ma wszelkie prawo oczekiwać podobnego dorobku po dalszych 25 latach.

Przerzucając karty »Zbioru prac«, odniosłem takie wrażenie, jakbym został przez autora wprowadzony w środek jakiegoś nowo budującego się miasta, w którem pobudowano już wiele domów, w którem jednak pozostało jeszcze wiele ulic nieurządzonych. Każdą budowlę otacza bujna zieloność życia, jedne budowle w zieloności tej utonęły, inne unoszą się na powierzchni zielonych fal, zdają się jednak walczyć z niemi, inne wreszcie, wcale liczne, strzelają dumnie w górę, nie troszcząc się o zielony zalew. Na zawsze bowiem pozostaną na powierzchni. A że stoję w środku miasta, a poza miastem stanąć nie mogę, więc brak mi punktu obserwacyjnego, z którego jednym rzutem oka mógłbym objąć całość; brak mi perspektywy, którąby mi dozwoliła ocenić doniosłość każdej budowy z osobna.

Mówiąc zatem o tej książce, pominę szczegóły. Poprzestanę na paru ogólnych uwagach.

Mówić w Polsce — polskiemu lekarzowi, kim jest autor »Zbioru prac«, uważam conajmniej za niepotrzebne. Myślę także, że każdy lekarz u nas wie, na czem głównie opiera się sława Rydygiera, zwłaszcza zaś czytelnikom» Przeglądu« znane są zapewne zasadnicze niejako prace autora z zakresu chirurgii żołądka i jelit. W »Przeglądzie« bowiem były pierwotnie drukowane.

Zasługi Rydygiera jako uczonego chirurga oceniano już wielokrotnie, przy różnych sposobnościach. Bardzo niedawno, gdyż w jubileuszowym zeszycie »Przeglądu chirurgicznego i ginekologicznego« ocenił je fachowo Leon Kryński. Najlepiej jednak, krytycznie i bardzo przedmiotowo, osądza swe prace sam autor we wstępie do omawianego »Zbioru«.

A sama książka? Jej wartość równa się sumie wartości naukowej półtorej setki rozpraw w niej przedrukowanych.

Z natury rzeczy wynika, że wartość tych rozpraw jest bardzo niejednolita. Pierwszą z nich: »O przecięciu tchawicy« pisał nieznany jeszcze, niespełna 23-letni młodzieniec, dobierający z trudem polskie określenia na wyrażenie fachowych pojęć; ostatnią (w tym »Zbiorze«) »O chirurgicznem leczeniu wrzodu żołądka« — mąż »źrały w lata, naukę i doświadczenie«, mistrz, na którego »verba« przysięgają dziś nietylko jego bezpośredni uczniowie. Sam autor najwidoczniej lekce sobie ceni swe młodzieńcze wypracowania. Umieścił je bowiem na ostatnich kartach »Zbioru«. Ja jednak przerzucając kartki »Zbioru«, tem powolniej je odwracałem, czem bardziej zbliżałem się ku ostatnim. Z większem zajęciem czytałem o »dwóch owaryotomiach«, o »operacyi przetaczania krwi« lub o »spostrzeżeniach kazuistycznych z klinik chirurgicznych w Wiedniu i w Warszawie« i t. d., aniżeli o »wycinaniu odźwiernika«, »resekcyi sterczu« i t. d. Co prawda, to te drugie rozprawy znam z pierwodruku, zapoznałem się z niemi dokładnie »z obowiązku«; tamte pierwsze zaś znałem dotychczas jedynie ze słychu, a zapoznawałem się bliżej z niemi teraz dopiero, i to »z własnej pilności«. Te drugie, dostojne powagą autorytetu, ciągle aktualne, są dla mnie zbyt jeszcze blizkie, abym zupełnie przedmiotowo mógł na nie patrzeć. Z tamtemi zaś pierwszemi, powleczonemi patyną starości, wyrażając się pięknie, — mówiąc zaś po ludzku — wydobytemi z kurzu zapomnienia, gwarzę sobie swobodnie, niemal poufale, o tem, jakie to trudne były pierwsze kroki nowoczesnej chirurgii, zanim weszła na drogę, na której zadziwia nie »udała« owaryotomia, lecz »nieudała« i o tem wreszcie, jak to z nieznanego doktora Rydygiera w Gryfii wyrastał wielki chirurg i znakomity nauczyciel dla obu naszych Wszechnic!

Myślę, że autorowi należy się wdzięczność także za to, że nie szczędził ani trudów ani kosztów, aby w »Zbiorze« tym pomieścić i owe młodociane rozprawki. Wdzięcznym będzie mu kiedyś historyograf chirurgii, który pracując, czerpać będzie mógł z tej książki bez trudu, jak ze źródła pierwszorzędnej wartości. mn.

Dr Emil Fuhrmann. **Aerztliches Jahrbuch für Österreich.** 1914. Wien. (Cena 10 koron).

Od wydawnictw, mających charakter schematyzmu, wymaga się przedewszystkiem dokładności informacyi. Pod tym względem IX »Rocznik« Dr Fuhrmanna nie ustępuje poprzednim, gdyż wydawca starał się, o ile to tylko możliwe, podać dane jak najświeższe (z końca r. z.). Przez szereg drobnych, a żmudnych uzupełnień (dodanie dokładnych adresów lekarzy w większych miastach, dodanie

wiadomości o aptekach domowych i t. p.) stało się wydawnictwo jeszcze użyteczniejszem. Wydawca prosi wszystkich kolegów o nadsyłanie sprostowań i uzupełnień corocznie najdalej do 30. września (adres: Wien, IV, Waaggasse 12). Z.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Bartolotti. **Distrofia endocrino-simpatica; ipogenitalismo con emilipomatosi diffusa della cute.** (La Riforma medica Nr 29, 1913).

W ostatnich czasach ustalono związek, jaki zachodzi tak pod względem fizyologicznym, jak i patologicznym, między układem gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem (sistema endocrino), a układem współczulnym; na oznaczenie objawów chorobowych, polegających na zaburzeniach w obrębie tych dwu układów, wprowadzili Włosi (Pende) wyrażenie: »distrofia endocrino-simpatica«. Objawy te dzielimy ogólnie na 3 grupy: 1) Objawy dystroficzne, cechujące się nieprawidłowem wzrastaniem, lub też nieprawidłową przemianą materyi pewnych tkanek. 2) Objawy wywołane ze strony któregoś z gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem. 3) Zaburzenia w zakresie układu wegetatywnego, względnie samego tylko współczulnego. Do jednostek chorobowych, polegających właśnie na tego rodzaju zaburzeniach, zaliczamy chorobę Raynauda, Dercuma, Recklinghausena, twardzinę skóry (sklerodermia), bladnicę, ostre obrzęki przyrody naczynio-nerwowej i t. d. Do niedawna jeszcze dwie odrębne teorye starały się wytłómaczyć te obrazy chorobowe, jedna, przyjmująca tylko zmiany w zakresie gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem, druga, uważająca za przyczynę pierwotne zaburzenia w układzie współczulnym. Ponieważ zaś dziś wiemy, że między obu tymi układami zachodzi ścisły związek i wzajemne oddziaływanie ich na siebie, dlatego musimy przyjąć, że dany czynnik chorobowy może zadziałać równocześnie na oba składniki, t. zn. gruczołowy i nerwowy, układu gruczołowo-współczulnego (sistema endocrino-simpatica), jak też i na każdy z nich z osobna, co jednak musi wpłynąć chorobowo i na część drugą. B. sądzi, że spostrzegany przez niego przypadek wchodzi właśnie w zakres patologii układu gruczołowo współczulnego. Chory, narodowości arabskiej, liczy lat 25. Z wywiadów ważniejszym szczegółem dla obrazu chorobowego jest okoliczność, że przy urodzeniu chorego znajdowało się w worku mosznowym tylko prawe jądro. Do szukania pomocy w szpitalu zmusiła chorego czerwonka, która w 2 tygodnie ustąpiła i z opisywanym tu obrazem chorobowym nie ma nic wspólnego. Badanie dało wynik następujący: Mężczyzna wzrostu wysokiego, o mięśniach dobrze rozwiniętych. Tkanka podskórna i podściółka tłuszczowa zachowują się odmiennie na obu połowach ciała. Po stronie prawej te warstwy są zupełnie prawidłowe; po stronie lewej natomiast widać nawet przy bardzo pobieżnem badaniu rozsiane zgrubienia, występujące w obrębie tak tkanki podskórnej, jak i tłuszczowej. W miejscach tych niema żadnych zaburzeń ani ze strony czucia, ani ciepłoty, ani krążenia, nie spotykamy też żadnych zaników. Ta niesymetrya lewej połowy ciała w stosunku do prawej jest najwybitniejsza na tułowiu, i to więcej z przodu, niż z tyłu, najmniej zaś wyraźna na częściach bocznych; na kończynach zaś prawie się nie zaznacza. Ścisłą granicę stanowi linia środkowa ciała. Owłosienie koło części płciowych, na klatce piersiowej, pod pachami i na brodzie bardzo skąpe. Prącie długie 5 cm, przy wzwodzie 7 cm, jądro prawe znajduje się w worku mosznowym i jest dobrze rozwinięte, po stronie zaś lewej worek jest zanikły, jądra nie zawiera, a pierścień pachwinowy tej strony jest zamknięty. Ciśnienie tętnicze wynosi 205—210 mm Hg (Riva-Rocci). Pomiary antropometryczne, robione podług schematu Violi, wykazały pewne cechy infantylizmu w zakresie kośćca tułowia, natomiast nadmierny rozwój kończyn zwłaszcza dolnych. To połączenie znamion hypoinwolucyjnych i hyperinwolucyjnych zbliża typ opisywany przez autora do typów eunuchoidalnych (soggetti eunucoidi), które często okazują także monorchizm lub kryptorchizm. Na pewne zaburzenia w układzie współczulnym zwracało już uwagę znaczne podniesienie ciśnienia tętniczego mimo młodego wieku i mimo braku jakichkolwiek zmian w nerkach, co wszystko kazało myśleć o hypersurrenalizmie; rzeczywiście badanie układu wegetatywnego tak zapomocą trucizn układu współczulnego (adrenalina), jak i zapomocą trucizn układu autonomicznego (atropina i pilokarpina), wykazało znaczny odczyn układu nerwowego wegetatywnego na wszystkie te środki, tak że autor przyjmuje tutaj wspólne występowanie sympatykotonii i wagotonii. B. wszystkie te objawy tłómaczy z jednej strony niedostatecznem wydzielaniem gruczołów płciowych (insufficienza genitale), z drugiej zaś strony wzmożoną czynnością nadnerczy, a nadto i hypertonią w zakresie układu autonomicznego, ze względu na jego zachowanie się wobec pilokarpiny; ponieważ zaś są dobrze znane przypadki otyłości, łączącej się z niedomogą płciową, stara się B. wytłómaczyć i jednostronne ogniskowe nadmierne rozrastanie się tkanki podskórnej i tłuszczowej — także hypogenitalizmem, t. zn. upośledzonem wydzielaniem wewnętrznem gruczołów płciowych, łącznie ze zmianami w układzie współczulnym tej samej połowy ciała. Dr Tempka.

Pollag. **Przyczynek do etyologii zapalenia wyrostka robaczkowego.** (Münch. med. Woch. 1913, 38). W jednym przypadku typowego ciężkiego zapalenia wyrostka robaczkowego stwierdzono na stole operacyjnym, iż wyrostek był wypełniony sporą ilością członów tasiemca. N.

Kienboeck. **Rozpoznanie rentgenologiczne owrzodzeń jelita grubego** (colitis ulcerosa) (Fortschr. a. d. Geb. d. Roentgenstrahl. T. XX. Z. 3). Autor podaje dwa spostrzeżenia kazuistyczne, tyczące się chorych, u których na podstawie badania rentgenologicznego rozpoznano poważne sprawy wrzodziejące w jelicie grubem, potwierdzone następnie na stole operacyjnym. Te spostrzeżenia Kienboecka uzupełniają badania Stierlina, Schwarza i Nowaczyńskiego, którzy podobne zmiany stwierdzili w obrazie rentgenologicznym jelita grubego, zajętego zapaleniem wrzodziejącem. Części jelita schorzałe nie wypełniają się należycie w odpowiednim czasie po spożyciu pokarmu, zawierającego środki kontrastowe (baryum, bizmut) i nie wykazują wyraźnych wypukleń, odpowiadającvch wypukleniom (haustra) jelitowym, przyczem można stwierdzić nieregularne cienie o rysunku marmurkowatym lub obłoczkowatym, figury cylindryczne z zupełnym brakiem wypukleń względnie zarysów brzegów jelita oraz obrazy siatkowe, jako wyraz nacieku ścian jelita, oraz owrzodzeń w ścianie jelita usadowionych. Przytem daje się badaniem rentgenologicznem stwierdzić zrosty, jakoteż niedomogę zastawki Bauhina. Wynik badania jest wogóle taki sam po podaniu wewnętrznem środków kontrastowych w pokarmach, jak i po zastosowaniu lewatywy kontrastowej. Ciekawem jest przytem, iż jelito prawidłowe po wydaleniu lewatywy jest albo zupełnie próżne lub zawiera jeszcze jej resztki w postaci regularnych, okrągłych cieniów, odpowiadających wypukleniom okrężnicy, natomiast w jelicie zajętem sprawą wrzodziejącą resztki soli kontrastowej układają się w postaci cienkich pasów, poprzeplatanych jasnemi bańkami gazów, co nadaje ową charakterystyczną marmurkowatość. N.

Hirschfeld: **Obecny stan etyologii limfogranulomatozy.** (Fol. haemat. t. XV. Z. 2. 1913.). Autor zbiera dotychczasowy materyał, tyczący się limfogranulomatozy i na jego podstawie przytacza następujące poglądy na etyologię tego schorzenia, nad którymi można dyskutować: 1) Limfogranulomatoza jest chorobą odrębnego rodzaju,

wywołaną przez czynnik dotychczas nieznany. 2) Limfogranulomatoza może być wywołana przez różne czynniki, najczęściej jednak przez prątek gruźliczy. 3) Limfogranulomatoza jest szczególnym rodzajem zakażenia gruźliczego (n. p. przez osłabione bateryе gruźlicze lub inny biologicznie rodzaj bakteryi lub postać ziarenkową Mucha). Pewne zajęcie stanowiska w tej sprawie nie jest jeszcze obecnie możliwe; dość pewnem jest tylko to, że między gruźlicą a limfogranulomatozą zachodzą dość ścisłe stosunki na razie nieznanej przyrody. N

Stoffel. **O istocie rwy kulszowej i nowe wskazówki do jej leczenia operacyjnego** (Münch. med. Woch. 1913. 25.). Podobnie jak wszystkie wielkie pnie nerwowe kończyn, tak i nerw kulszowy jest zbiorem wielu ruchowych i czuciowych nerwów, splecionych dość luźnie ze sobą i w odpowiednich miejscach połączonych ze sobą anastomozami; rwa jednego lub kilku nerwów czuciowych składa się na obraz chorobowy rwy kulszowej, który zależnie od schorzenia tej lub owej gałęzi nerwowej, różnie może się przedstawiać. Gdyby się udało te chore gałęzie czuciowe wyszukać, to możliwem byłoby również, zdaniem autora, wyciąć je i w ten sposób przerwać chorobę; potrzeba jednak do tego bardzo subtelnej techniki operacyjnej nerwów. Autor przytacza jako przykład możliwości tego sposobu leczenia przypadek ciężkiej rwy kulszowej, w wyżej podany sposób operacyjnie leczony, który dotąd, t. j. po 11 miesiącach, pozostaje bez nawrotu. N.

G. Bergmann. **O działaniu regulatorów przewodu pokarmowego** (Słowo wstępne do następnych prac). Katsch i Borchers. **Przyczynek do badań ruchów jelita:** 1) Doświadczalne okno brzuszne. 2) Wpływy fizyczne na ruchy jelita. 3) Wpływy farmakologiczne na jelito. 4) Wpływy psychiczne na ruchomość jelita (Zeitschr. f. exp. Path. u Ther. tom XII. z. 2. 1813.). We wstępie zwraca Bergmann uwagę na to, że przez zastosowanie badań rentgenologicznych oraz studyów czynników hamujących i podniecających w układzie nerwowym brzusznym wyłoniły się nowe, bardzo ciekawe poglądy, oraz powstał nowy kierunek badań przewodu pokarmowego, którego owocem są cztery prace Katscha i Borchersa. K. i B. w celu badań ruchów jelita u królika wycinają w pośrodku powłok brzusznych czworokątny otwór, w który wkładają blaszkę celluloidową; blaszka ta szybko wgaja się w ranę. To doświadczalne okno brzusznę celluloidowe daje metodę chirurgiczno-fizyologiczną, jedyną dla badania wprost gołem okiem ruchów żołądka i jelit; umożliwia bowiem obserwowanie ciągłe przez dnie i tygodnie, przez co oczywiście przewyższa wszelkie metody doświadczalne operacyjne, a nawet w pewnych razach i badania rentgenologiczne. Otóż badania ruchów jelit wśród różnych wpływów przy pomocy takiego okienka dały następujące wyniki: W prawidłowych warunkach najczęściej spostrzega się rytmiczne skurcze mięśni podłużnych, t. zw. podłużne ruchy wahadłowe (Längspendeln), następnie rytmiczne skurcze mięśni okrężnych czyli poprzeczne ruchy wahadłowe (Querpendeln), oraz ruchy mieszane (gemischtes Pendeln); wreszcie stwierdza się ruchy kręcące (Rollbewegungen). Na kątnicy bardzo rozdętej widać duże i małe ruchy robaczkowe, rzadko zaś podłużne wahadłowe; wielkie ruchy mieszające stanowią całą grę ruchu robaczkowego i przeciwrobaczkowego; skurcze przytem nie są tak silne, żeby doprowadzały do zamknięcia światła jelita, jak n. p. w jelicie cienkiem i prostem; prócz tego występują jeszcze w kątnicy zwykłe wahania napięcia. W części wstępującej okrężnicy charakterystyczne są ruchy wypukleń okrężnicy (haustra), których celem jest tworzenie grudek kału, przyczem wypuklenia jelitowe są różnej wielkości, posuwają się równomiernie wzdłuż jelita i dają obraz jakby posuwających się fal morskich. W kiszce prostej ruchy, zmierzające do wydalenia kału, są rozmaicie żywe. Wpływy fizyczne działały w następujący sposób: Zimno wywoływało wśród zwiększenia napięcia i niedokrwienia przedewszystkiem unieruchomienie pętli jelitowej, na którą wprost podrażnienie zadziałało, następnie i dalszych części drogą odruchową. Wlewanie wody lodowej wywołuje po przemijającem unieruchomieniu żywe ruchy, zmierzające do wydalenia lawatywy. Zastosowanie miernie silnego ciepła wywołuje przekrwienie pętli jelitowych i wzmożenie ruchów, a o ile poprzednio napięcie było zwiększone, to ten stopień ciepła wywołuje jego zmniejszenie. Przez miesienie nie można było wywołać wcale ruchu robaczkowego na jelicie królika, tylko przekrwienie. Wszelkie zabiegi elektryczne przy zamkniętej jamie brzusznej pozostały bez skutku, podobnie i zastosowanie równoczesne elektryczności przez powłoki brzuszne i odbytnicę. O wpływie środków farmakologicznych podaje K. następujące wiadomości: Stwierdza naprzód, że właściwe działanie kliniczne niektórych środków nie jest jeszcze doświadczalnie uzasadnione. Dlatego też dla syntezy działania klinicznego jakiegoś środka należy oprócz doświadczeń analitycznych na preparacie tkankowym żyjącym posługiwać się jeszcze innemi metodami, które muszą być takie, by pozwalały śledzić ogólne skutki wśród warunków nie patologicznych i nie sztucznych. Metoda doświadczalnego okna brzusznego czyni zadość, zdaniem autora, owym warunkom, pozwala bowiem na dłuższą obserwacyę wśród stosunków, jakie zachodzą u zdrowego, prawidłowego zwierzęcia. Z wyjątkiem badania rentgenologicznego, które jest dla pewnych celów konieczne i również niejako »fizyologiczne«, wszystkie inne metody dotychczasowe, któremi posługiwano się przy badaniach działania środków farmakologicznych na zwierzęciu, są wobec metody okna brzusznego zbyteczne. Środki drażniące n. błędny, jak pilokarpina i fizostygmina, wywołują oprócz silnego wzmożenia ruchów także przekrwienie jelit, wskutek czego przypuszczenie, że n. błędny zawiera włókna rozszerzające naczynia jelit, zyskuje na prawdopodobieństwie. Ruchy, wywołane pilokarpiną i fizostygminą, mają w całym przewodzie pokarmowym charakter nietypowy i patologiczny, są w porównaniu z czynnością prawidłową jakby bezcelowe. Atropina działa uspokajająco na ruchy jelit, a na rytmiczne ruchy wywiera wpływ regulujący; wzmożenia ruchów pod działaniem atropiny nie spostrzegano. Działanie atropiny zwężające naczynia w zakresie n. trzewnego, przyjmowane przez niektórych autorów, jest bardzo nieznaczne. Wstrzykiwania adrenaliny wywołują nagłe unieruchomienie całego przewodu pokarmowego i równocześnie nagłe zblednięcie wszystkich narządów widocznych przez okienko. Istnieje zatem antagonizm między adrenaliną a fizostygminą nietylko co się tyczy ruchomości, lecz także i co do nerwów naczynio-ruchowych jelita. Przy zastosowaniu adrenaliny przez odbytnicę, działanie jej jest bardziej miejscowe i mniej udziela się wyższym odcinkom jelita, niż po zastosowaniu podskórnem lub dożylnem. Nikotyna w dużych dawkach wywołuje zahamowanie ruchów i niedokrwienie jelit. Kofeina w początkach swego działania wywołuje również przemijającą bladość i powstrzymuje ruchy jelit. Po wstrzyknięciu hypofizyny występuje z początku niedokrwienie jelita, które trwa tylko krótko; później następuje zwykle silne przekrwienie; ruchy jelita pod wpływem wyciągu z przysadki z reguły silnie się wzmagają i są bardziej fizyologiczne i skojarzone, niż wzmożone ruchy pod wpływem pilokarpiny i fizostygminy. Wstrzykiwania morfiny działają uspokajająco na ruchy jelit u królika. Podobnie jak morfina działa pantopon, opon (pantopon bez morfiny) oraz apokodeina. Badania autora nad wpływem afektów psychicznych wykazały, że strach lub obawa (n. p. silny szmer lub sprawienie bólu) wywołują skurcz naczyń w zakresie n. trzewnego oraz powstrzymują ruchy jelit, natomiast odwrotnie afekty wesołe (n. p. przedstawienie jedzenia) wywołują żywe ruchy jelit. N.

Pedyatrya.

Lederer. **Bronchotetania.** (Zeitschrift f. Kinderheilk. Orig. T. VII. Z. 1 i 2 1913). Przez bronchotetanię rozumie au-

tor rodzaj spazmofilii, dotychczas nie opisany. Choroba ta polega na kurczach stałych (tonicznych) mięśni oskrzeli. Wskutek tych kurczów pęcherzyki płucne zostają dopływu powietrza pozbawione, a powietrze w nich zawarte zostaje wessane tak, że następuje większa lub mniejsza niedodma. Klinicznie objawia się ona dusznością i sinicą. Części płuc, podległe niedodmie, dają opukowo stłumienie, oddech w tych częściach jest zaostrzony, czasami oskrzelowy, pokryty rzężeniami. Rozpoznanie jest trudne z tego względu, że sinica i duszność w połączeniu z objawami fizycznymi każą przypuszczać zapalenie płuc. Zdjęcie rentgenowskie umożliwi rozpoznanie. Leczenie powinno być zwrócone przeciwko spazmofilii. Tadeusz Kon.

Prof. Moro: **O stanach neuropatycznych w wieku dziecięcym.** (Zeitschrift f. ärzt. Fortb. Nr 1, 1914). Przez neuropatyę rozumiemy taki stan układu nerwowego, kiedy pobudliwość ustroju na zewnętrzne czy też wewnętrzne bodźce jest znacznie wzmożona, rzadziej natomiast osłabiona. Rozpoznanie neuropatyi u dzieci jest bardzo trudne. Często nazywamy dzieci niegrzeczne neuropatycznemi. Często o dzieciach neuropatycznych mówimy, że są przeczulone, chcąc uniknąć używania słowa »neuropatyczny«, lub pragnąc je złagodzić. Przy rozpoznawaniu doniosłe znaczenie mają wywiady; powinny one tedy obejmować rodziców, dziadków, ciotki, rodzeństwo, guwernantki, nauczycieli, wogóle wszystko i wszystkich, którzy na dziecko jakikolwiek wpływ wywierają. Dziedziczność, indywidualność i otoczenie, są to trzy kardynalne punkta, na które musimy zwrócić uwagę. Najlepiej pozwolić matce wszystko opowiadać, nie przeszkadzając jej, i stąd wnioski wysnuć. Nie należy tylko zbierać wywiadów przy łóżku dziecka, t. j. wogóle przy dziecku. Dzieci neuropatyczne często jeść nie chcą. Odpowiednia zmiana w dyecie jest w takich razach najlepszym środkiem leczniczym. Również często występują u tych dzieci wymioty, zwykle jako wymioty okresowe. Jeżeli zmiana dyety nie wpływa na poprawę apetytu u dzieci neuropatycznych, to należy je usunąć z tego otoczenia, w którem codziennie przebywają i zmienić zupełnie tryb ich życia. Dzieci neuropatyczne leniwią się żuć i boją się przełknąć pożywienie z obawy przed zaduszeniem się, są przytem bardzo lękliwe i milczące; boją się byle czego: uderzeń zegaru, gramofonu, szumu wody odpływającej z klozetu lub z wanny i t. d. Niekiedy cierpią na bóle napadowe w brzuchu, przy jednoczesnem zaparciu stolca, lub rozwolnieniu. Stolce przytem zawierają śluz, wyglądają rurkowato (colica mucosa, enteritis mebranacea, lub myxorrhoea nervosa). Na takie stany chorobowe wpływa leczniczo powietrze morskie, kąpiele w piasku, a właściwie wszystkie te przyjemności, których dostarcza dzieciom pobyt na wybrzeżu morskiem. Mimowolne oddawanie moczu (w nocy, a niekiedy i we dnie) do 5 roku życia występuje u dzieci na tle neuropatycznem. Dzieci neuropatyczne są zazwyczaj bardzo przeczulone na tle podrażnień zmysłowych, szczególniej miewają idyosynkrazye powonienia. Nie znoszą n. p. zapachu tytoniu, i zapach ten czyni je wprost nieszczęśliwemi. Często muzyka je razi do tego stopnia, że uciekają przed grą n. p. fortepianową, zatykają sobie uszy i uderzają w płacz. Ta nadczułość przejawia się i w inny sposób: dziecko cierpiące na migrenę, krzyczy głośno, jeżeli kto mięso kraje, albo jeżeli kto macza pióro w atramencie. Uczucie bólu u dzieci neuropatycznych jest również wzmożone, n. p. można zauważyć u nich przeczulicę włosów, a właściwie skóry głowy i paznokci. Cierpią często na bóle w łydkach, kolanach, w tylnej części głowy, w rdzeniu. Wszystkie wymienione dotąd objawy występują okresowo. Dodać jeszcze należy, że u dzieci neuropatycznych występują również zmiany naczynioruchowe. Dzieci te łatwo bledną z byle jakiego powodu, mają zimne nogi, ręce; często

ZŁOTY MEDAL LWÓW 1907 WYSTAWA PRZYRODNICZO-LEKARSKA; DYPLOM HONOROWY.

ZŁOTY MEDAL. WIEDEŃ 1913. III. MIĘDZYNARODOWA WYSTAWA FARMACEUTYCZNA.

Omnopon Laokoon

Alcaloida **omnia opii** smyrnei

Wyciąg wodny zawierający ściśle oznaczoną ilość działających alkaloidów opium.

Według przeprowadzonego badania analitycznego **przez JWP. Prof. Dra Bądzyńskiego** 1 cm³ rozczynu zawiera w sumie **0·0193 części stałych** w tem alkaloidów opium: **0·0179**

WSKAZANIA:

1) Bóle i inne nieprzyjemne uczucia wszelkiego rodzaju.
2) Bezsenność z powodu bólów.
3) Nieżyt kiszek, biegunka.
4) Stany podniecenia w uśpieniu chloroformowem, stany lęku i podniecenia rozmaitego pochodzenia: w neurastenii, obłąkaniu, obłędzie opilczym i padaczce.
5) Kaszel wywołany silną wydzieliną z oskrzeli: nieżyt oskrzeli, choroby płuc.
6) Duszność przy wadach serca, w dychawicy.
7) Zapalenie otrzewnej i kątnicy, stany zapalne, krwawienia przewodu pokarmowego, otrzewnej, wymagające zniesienia robaczkowego ruchu jelit.

Omnopon:

a) **pastylki à 0·01.**
1 słoik zawierający 20 pastylek 1—2 past. na raz, 2—4 dziennie.
b) **krople 2% rozczyn wyjałowiony**
flaszeczka 12 cm³ 2% rozczynu omnoponu, 3 r. dz. po 15—20 kropel lub co 3 godz. po 10—15 kropel.
Dla dzieci
jednorazowa dawka, licząc 1 kroplę na każdy rok życia.
c) **ampułki**
1 ampułka zawiera 1 cm³ = 0·02 omnoponu, pudełko zawiera 10 fiolek.

Próbki na żądanie PP. Lekarzy bezpłatnie. 217 a

FABRYKA CHEMICZNA LAOKOON LWÓW

nieregularne tętno. Wyrazem zmian naczynioruchowych bywa u dzieci takich również dychawica i rzekomy krztusiec. Leczenie dzieci neuropatycznych polegać powinno na ochranianiu ich od wpływów psychicznych i somatycznych, na wychowaniu pedagogicznem i na zastosowaniu reform w dziedzinie wychowawczej. Tadeusz Kon.

Langstein: **W sprawie powstawania zapaleń miedniczek nerkowych u dzieci.** (Med. Klinik. 1913 Nr 37). Zapalenia miedniczek nerkowych w wieku niemowlęcym i dziecięcym występują najczęściej na tle zaburzeń żołądkowo-jelitowych i jako powikłanie rozmaitych stanów nieżytowych. Najcięższą postacią tych zapaleń jest postać toksyczna. Objawami tej postaci są: wysoka gorączka (42°), utrata przytomności, wymioty, biegunka. Często zdarza się ta postać u osesków, żywionych tylko piersią matki. Skąpy mocz, obfitujący w białko, rozstrzyga rozpoznanie. Ciężki stan chorego dziecka nie wyłącza wyzdrowienia. Drugą postacią tych zapaleń jest postać »oponowa«, która wskutek pojawiającej się sztywności karku bywa mylnie brana za zapalenie opon mózgowych. Postać »płucna« (pneumoniczna) tych zapaleń, która może być mylnie wzięta za zapalenie płuc, powstaje wskutek tego, że dzieci przy ruchach przepony odczuwają silne bóle i dlatego ograniczają ruchy oddechowe i zmieniają typ oddychania. Bywają również postacie, przebiegające z żółtaczką, i takie, która sprawiają wrażenie zapalenia wyrostka. Czasami również ciężkie zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego do tego stopnia zacierają obraz zapalenia miedniczek, że zupełnie go nie przypuszczamy. Według Langsteina 90% przypadków przy prawidłowem rozpoznaniu i leczeniu kończy się wyzdrowieniem. Co się tyczy leczenia, to przedewszystkiem należy podawać wodę w dużych ilościach. Szczególniej w toksycznej postaci zapalenia miedniczek duża ilość podawanych płynów daje doskonałe wyniki. Autor z tego wysnuwa wniosek, że ta postać zapaleń powstaje wskutek braku wody w ustroju. Następnie podawać należy salol w ilości 0·6—1·0 dziennie. Niektórzy, jak n. p. Gorter, stosują wakcynoterapię. Mocz przy zapaleniu miedniczek zawiera zwykle dużą ilość bakteryi, należących do grupy prątka okrężnicy. Szczepionkę przygotowuje się w następujący sposób: Zapomocą cewnika wydobywa się mocz w sposób zupełnie jałowy. Z moczu tego wyhodowujemy czystą hodowlę bakteryi i sporządzamy z niej zawiesinę w rozczynie soli kuchennej. Następnie zabijamy bakterye przez ogrzanie do 62°. Ilość wstrzykiwanych bakteryi, obliczona sposobem Wrighta, sięgała 10—70 milionów. Przy tem leczeniu jeden chory umarł, nim zapalenie miedniczek zostało wyleczone; przyczyną śmierci było zapalenie płuc. U dwu innych chorych leczenie nie dało żadnych wyników; prawdopodobną przyczyną tego było zwężenie prawego moczowodu, stwierdzone przy cystoskopii. W dwu innych przypadkach nie nastąpiło zupełne wyzdrowienie, lecz tylko poprawa. 13 chorych leczonych w ten sposób zupełnie wyzdrowiało. Tadeusz Kon.

Göppert. **Patologia nieżytu nosa u osesków.** (Wykład na 20. Zjeździe Tow. pedyatr. niem. w Wiesbaden 13. IV. 1913). Przyczyną utrudnionego oddychania w o trych przypadkach nieżytu jest najczęściej nieżyt przedniej części nosa (rhinitis anterior), któremu towarzyszy obrzmienie małżowiny dolnej. W przypadkach przewlekłych nie spostrzegamy żadnego obrzmienia, któreby tłómaczyło utrudnienie oddychania nosowego. Objaśnić je możemy jedynie obrzmieniem migdałka nosowo-gardłowego. Najcięższe przypadki charakteryzuje następujący obraz chorobowy: szeroko rozwarte nozdrza, obrzmiała twarz, krótka klatka piersiowa wskutek podniesienia się żeber, brzuch znacznie powiększony, szczególniej wzdęta okolica nadpępcza. Wzdęcie może być tak wielkie, że dziecko tygodniami walczy z dusznością. Stałe obostrzenia się w przypadkach ciężkich znamionują się objawami ze strony przewodu pokarmowego. Przyczyną zatkania nosa jest fizyologiczna wielka wązkość nozdrzy tylnych (choanae) w wieku dziecięcym. Nieznaczne obrzmienie błony śluzowej wystarcza, żeby je zamknąć. Nieżyt tylnej części nosa i jamy nosowo-gardłowej wiedzie do zwężenia nozdrzy tylnych. Leczenie polega na wkraplaniu raz dziennie 1% rozczynu azotanu srebra i przetworów nadnerczy, które stosować należy szczególniej przy zaostrzeniu się sprawy chorobowej. Bardzo ważnem jest świeże powietrze. Tadeusz Kon.

Engel. **Zołzy i ich leczenie** (Med. Klinik. 1913 N 51). Etyologia zołzów jest ciemna. Dawniej uważano je za chorobę odrębną, potem za rodzaj gruźlicy, obecnie znów, głównie dzięki Czernemu, panuje zapatrywanie, że właściwie etyologia zołzów składa się z dwóch przyczyn: 1) z t. zw. skazy wysiękowej (exsudative Diathese) i 2) z cierpienia, które rozwija się na tle skazy lub pobudza do jej wybuchu. Cierpieniem tem najczęściej bywa gruźlica, choć może nią być i kiła; podobne jednak znaczenie etyologiczne mogą mieć nawet złe warunki ekonomiczne, brud, złe odżywianie i t. p. Zaprzeczyć się nie da, że podział ten ma wiele za sobą. Widuje się n. p. dzieci wolne zupełnie od gruźlicy, a zołzowate, dalej da się nieraz doskonale podleczyć gruźlicę, a zołzy pozostają bez zmiany i naodwrót. W leczeniu postępować musimy, stosownie do tezy Czernego, w dwóch kierunkach, t. j. leczyć skazę i ew. gruźlicę. Skazę leczymy najlepiej dyetetycznie (unikanie tłuszczu, mało mleka i jaj, a obficie mięso). Ewentualnie w zołzach pobudliwych (eretycznych) leczymy odżywianiem forsownem, prócz tego stosujemy tran, jod, wcierania szarego mydła i t. d. Przeciwko zaś gruźlicy stosujemy tuberkulinę, pobyt w górach lub nad morzem i inne znane sposoby postępowania. K.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z d. 14. I. 1914.

Przewodniczy prezes kol. Janiszewski, obecnych członków 23.

1) Przewodniczący w gorących słowach oddaje hołd pamięci prof. dr Erwina Męsowicza. Przemówienia wysłuchali zebrani stojąc.

2) Kol. prof. Ciechanowski odczytuje nadesłany na jego ręce do Towarzystwa list Redakcyi chorwackiego miesięcznika »Lijecnicki Vijesnik« z zaproszeniem lekarzy Polaków do współpracownictwa w tem piśmie.

3) Sekretarz stały dr Damski odczytuje następujące sprawozdanie z czynności Towarzystwa w r. 1913.

»Rok ubiegły zaznaczył się w naszem Towarzystwie równie żywym ruchem naukowym, przez staranny dobór przedmiotów i uproszonych przez prezydyum prelegentów, licznemi zajmującemi demonstracyami, a także wielkim udziałem członków na posiedzeniach. Stwierdzić należy, że tak r. 1912, jak i ten, z którego mam zaszczyt Sz. P. Kolegom sprawozdanie złożyć, należą do lat, dających dowód wzrastającego rozwoju Towarzystwa, które ze skutkiem spełniło jedno z najważniejszych swoich zadań, informując swoich członków o postępach wiedzy lekarskiej we wszystkich jej gałęziach.

Ponieważ w r. 1912 okazało się, że ujęcie pewnej gałęzi medycyny w cały szereg odczytów jest bardzo praktyczne, bo daje słuchaczom w przystępny sposób opracowaną całość przedmiotu, więc i w roku sprawozdawczym urządzono cykl odczytów z zakresu przemiany materyi, a jako prelegentów zaproszono, prócz miejscowych, i obcych, a mianowicie Prof. Bądzyńskiego ze Lwowa i Dr. Rzętkowskiego z Warszawy, którzy z chętną gotowością prośbie zadosyć uczynili.

Odczytów w ciągu roku było 25, z tych 12 na wyżej wymieniony temat, reszta odczytów była z ginekologi

chirurgii, medycyny wewnętrznej, okulistyki, rentgenologii i anatomii patologicznej. Że zaś Towarzystwo nasze zawsze interesowało się i sprawami ogólnej natury, szczególnie jeśli dotyczyły naszego miasta, więc odbył się odczyt na temat konkursu na regulacyę wylotu ul. Wolskiej i Błoń i odczyt o projekcie amfiteatru pod Wawelem. Z początkiem zaś roku czytał Prof. Wróblewski o kooperatywach, temat, obcy wprawdzie medycynie, ale w obecnej dobie i dla lekarzy bardzo na czasie.

Demonstracyi ze wszystkich zakresów wiedzy lekarskiej odbyło się 78. Udział w posiedzeniach naukowych był prawie zawsze liczny, dochodził często do stu kilkunastu uczestników.

Ponieważ Walne Zgr. Towarzystwa lek. galicyjskich odbyło się w roku ubiegłym u nas (d. 2. III), więc mieliśmy zaszczyt gościć delegatów z całej Galicyi. Sprawozdanie z Walnego Zgromadzenia drukowane było w Nr. 10. »Przeglądu lekarskiego«.

Towarzystwo nasze zajmowało się także w roku ubiegłym sprawami natury społecznej, świat lekarski obchodzącemi. Więc uchwaliliśmy tutaj w kwietniu (19.IV.) rezolucyę w sprawie szpitala św. Ludwika w Krakowie, w celu zwrócenia uwagi miarodajnych czynników na grożące miastu niebezpieczeństwo wskutek zamierzonego zniesienia szpitala i kliniki dla dzieci. W czerwcu zaś odbyło się ogólne zebranie lekarzy krakowskich, zwołane przez prezydya Towarzystwa lek., Izby lek. i Związku lek., które uchwaliło poczynić starania, aby przy reformie sejmowej ustawy wyborczej, Izby lekarskie mogły uzyskać prawo wysyłania po jednym pośle do Sejmu. Motywem tego żądania nie była chęć posiadania w Sejmie reprezentanta i obrońcy zawodu lekarskiego, ale zamiar, by Sejmowi zapewnić znawcę i doradcę w ważnych, a często zaniedbywanych postulatach sanitarnych w kraju. Niestety zabiegi nasze prawdopodobnie skutku nie osiągną.

W dalszym ciągu sprawozdania nadmieniam, że czując się częścią całego polskiego społeczeństwa lekarskiego, braliśmy, jak zawsze, tak i ubiegłego roku udział we wszystkich ważnych momentach, polski świat lekarski obchodzących. Więc przez delegata naszego, Prof. Dr. Ciechanowskiego, było nasze Towarzystwo reprezentowane na uroczystości jubileuszowej 25-lecia »Nowin lekarskich« w Poznaniu. Doc. Dr. Koźniewski złożył od nas adres i hołd Dr. Alfredowi Sokołowskiemu w Warszawie z okazyi obchodu jego 40-letniej pracy na polu nauki lekarskiej i społeczno-narodowej Nie zapominaliśmy o jubilatach dawnej szkoły głównej Warszawskiej, jak Dr. Mikołaju Rajchmanie i innych, śląc im telegramy gratulacyjne. Na międzynarodowym Kongresie higienicznym w Buffalo w Ameryce, zastępował nas Dr. Fronczak, tamże mieszkający. Na międzynarodowym zaś Kongresie w Londynie, w którym znaczna liczba polskich lekarzy brała udział, Prof. Dr. Wicherkiewicz upomniał się, aby na podobnych kongresach w przyszłości odróżniano i wymieniano narodowość polską, pomijając jej przynależność państwową. Wzięliśmy także udział w odsłonięciu pomnika Smolki we Lwowie i w pogrzebie Prof. Małeckiego.

Przechodząc w końcu do sprawozdania o ruchu członków, wspomnieć należy na pierwszem miejscu o tych, których w roku ubiegłym utraciliśmy. A ponieśliśmy dotkliwe straty. Umarł Dr. Gustaw Bielański, były wiceprezes Towarzystwa, stały aż do ostatnich niemal chwil życia uczestnik naszych posiedzeń. Straciliśmy Prof. Dr. Bochenka, także byłego wiceprezesa, tak chętnego zawsze prelegenta, wreszcie zmarł senior lekarzy praktyków, znany w całej Polsce Prof. Dr Pareński, którego jubileusz niedawno obchodziliśmy w tej sali; ubył także Dr Krongold. Mimo te-

Les Établissements Byla, Gentilly-Paris

MUSKULOSIN BYLA

Sok mięśniowy.

Czysty, nie ulegający zmianie sok mięsa wołowego, z katalazą i oksydazami hemoglobiny ▫ Bezwzględnie wolny od wszelkich szkodliwych zarodków ▫ Sporządzany na drodze zimnej i zagęszczony ▫ Zupełnie trwały i smaczny ▫ Do **zomoterapii** według prof. Richet'a i Hericourt'a przy niedokrewności, neurastenii, początkującej gruźlicy, ogólnych stanach osłabienia, skrofulozie, krzywicy, ozdrowieniu etc.

Znakomity środek wzmacniający

Średnie dawki: dorosłym 4 łyżki stołowe dziennie. dzieciom 4 łyżeczki kawowe, czysty lub w odpowiednich płynach.

Cena: 1 flaszka 250 g. 6 koron. 266 a

Generalne zastępstwo na Austro-Węgry: Wiedeń VI/1, Köstlergasse 1. Telefon 5355.

go liczba członków wzrosła i wynosiła z końcem r. 1913. zwyczajnych 219, honorowych 39, członków korespondentów 40.

W roku sprawozdawczym odznaczyliście koledzy tytułem członka honorowego zasłużonego nauce polskiej Prof. Dr Przemysława Pieniążka, a prezydyum Towarzystwa wręczyło mu odnośny dyplom.

Dotykając spraw wewnętrznego zarządu, nadmieniam, że Wydział odbył 13 posiedzeń, załatwiając rozmaite sprawy administracyjne i przygotowując wnioski na pełne posiedzenia. Uchwalił między innemi zniżyć wkładkę na 24 K. dla lekarzy wojskowych, mających chęć wstąpić do naszego Towarzystwa. Starał się także o zwiększenie subwencyi krajowej. Na tem kończę, a szczegółowe sprawozdania poszczególnych gałęzi zarządu przedstawią Szanownemu Zgromadzeniu zawiadujący niemi Koledzy«.

Sprawozdanie to jednomyślnie przyjęto do wiadomości.

4) Bibliotekarz kol. Blassberg odczytuje następujące sprawozdanie biblioteczne za rok 1913.

»Do inwentarza i katalogu bibliotecznego wciągnięto w r. 1913 629 dzieł i 52 wydawnictw peryodycznych oraz czasopism, tak że dnia 31 grudnia 1913 było w bibliotece uporządkowanych i skatalogowanych razem 10·887 dzieł i 618 wydawnictw peryodycznych. W ciągu r. 1913 wypożyczono z bibliotek książek lub pism 230, zwrócono 51, pozostaje zaległych 179. Nadto z ubiegłych lat nie wpłynęło dotąd 83 książek lub czasopism. Liczba członków korzystających z biblioteki wynosiła w r. 1913 60. Płatny pomocnik bibliotekarza był stale czynny przez jedną godzinę dziennie. Godziny urzędowe były codziennie od 12 —1 w południe.

Dary: Jak w innych latach, tak i w r. 1913 Prof. Dr. Ciechanowski otaczał szczególniejszą opieką bibliotekę i złożył jej w darze mnogie czasopisma i dzieła. Oprócz tego otrzymała biblioteka w roku 1913 znaczniejsze dary w dziełach lub rocznikach od Muzeum przemysłowego za pośrednictwem Miejskiego Urzędu zdrowia oraz od kol prof. Bossowskiego, Bujwida, Dobrowolskiego, Glińskiego, Dra Grzybowskiego, Jungera, Klęska, prym. Murdzieńskiego, Dra Surzyckiego, oraz Radcy dworu Wicherkiewicza z Krakowa, jakoteż od Dra Serkowskiego z Warszawy i Zahorskiego z Wilna. Pani Drowa Wilkoszowa z Krakowa ofiarowała Towarzystwu bibliotekę lekarską, pozostała po śp. Dr Wilkoszu, fizyku m. Krakowa. Nadto komisya redakcyjna »Przeglądu lekarskiego« ofiarowała Bibliotece 200 koron.

W r. 1913 rozpatrywał Wydział sprawę rozszerzenia lokalu biblioteki, który z powodu ustawicznego przyrostu książek okazuje się za ciasnym. Prezydyum poczyniło energiczne zabiegi o uzyskanie odpowiednich subwencyi od władz krajowych celem umożliwienia odpowiedniej przebudowy«.

Sprawozdanie to jednomyślnie przyjęto do wiadomości i na wniosek kol. Stahra uchwalono wśród oklasków podziękowanie kol. bibliotekarzowi.

5) Skarbnik kol. Akerman przedstawił sprawozdanie kasowe.

6) Kol. Wojciechowski zdał sprawę z administracyi »Przeglądu lekarskiego«.

7) Na wniosek komisyi rewizyjnej uchwalono udzielić zarządowi absolutoryum i wyrazić podziękowanie. Uchwalono zarazem, aby gospodarz także na pełnem posiedzeniu Towarz. składał szczegółowe sprawozdanie doroczne.

8) Przewodniczący kol. Janiszewski składa urzędowanie w ręce nowowybranego prezesa prof. Kadera.

9) Prezes prof. Kader, objąwszy przewodnictwo, kreśli w krótkich słowach program działalności i prosi o poparcie swych usiłowań.

10) Na wniosek kol. Surzyckiego uchwalono wśród oklasków podziękowanie kol. Janiszewskiemu za jego znakomitą działalność na stanowisku prezesa.

Sekretarz doroczny dr. J. Zubrzycki.

Towarzystwo lekarskie Zagłębia Dąbrowskiego.

Doroczne Zebranie ogólne z dn. 15 Marca 1913 r.

Obecnych 24 członków rzeczywistych. Przewodniczy w części naukowej kol. Czajkowski

1. Kol. Weinzieher przedstawił 2 przypadki **kiły trzeciorzędnej gardła.** Pierwszy — charakterystyczny bardzo szybkiemi i rozległemi zmianami. Przed 7 laty chory przechodził kiłę i wówczas po leczeniu swoistem (wstrzykiwania Hg. salic. po 0,1) wszystkie objawy przeszły. Od tego czasu nie leczył się wcale. Od 3 miesięcy zaczął chory odczuwać pewne dolegliwości w nosie, a następnie i w gardle. Obecnie zgłosił się do szpitala Będzińskiego z ogromnemi zmianami: dolna część nosa zapadła; w gardle zamiast podniebienia miękkiego i łuków widoczne z 2 stron tylko 2 ścięgniste bliznowate połączenia podniebienia z tylną ścianą gardła; języczka wcale niema; głos nosowy; połykanie utrudnione. Drugi przypadek charakterystyczny ze względu na bardzo wczesne wystąpienie objawów trzeciorzędnych w gardle. Przed 3 miesiącami wrzód pierwotny i wkrótce potem wysypka. Leczenie swoiste (12 wstrzykiwań Hg. salic. po 0,1) usuwa wszystkie objawy. Od 4 tygodni ból w gardle i naloty, przedstawiające się w następujący sposób: na powiększonych znacznie migdałach jakby grzybowate słoninowate wybujałości. Na propozycyę leczenia swoistego chory się początkowo nie zgadza, a leczy się gdzieś ambulatoryjnie na »anginę« bez żadnego skutku, nawet z pewnem pogorszeniem. Przed kilku dniami wstąpił nareszcie do szpitala, spowodowany ciągłym bólem w gardle, a szczególnie przy połykaniu. Obecnie kiłowy charakter zmian zupełnie widoczny wobec głębokich wyżarć w migdałach, a częściowo i w łukach, sprawionych rozpadem kilaków.

2. Kol. Czajkowski pokazuje przypadek bardzo daleko posuniętego **zmięknienia kości,** z ogromnemi zmianami w układzie kośćca, szczególnie klatki piersiowej, trwający już trzeci rok i stale postępujący; z powodu tego przypadku ma wykład o zmięknieniu kości wogóle.

W dyskusyi a) kol. Szczuka wspomina, że ma również obecnie w leczeniu przypadek zmięknienia kości z dosyć wyraźnemi zmianami, które zaszły w ciągu 4 tygodni. — b) Kol. Suchodolski zwraca uwagę na opisane przypadki wytrzebienia przy zmięknieniu kości z dobrym skutkiem.

c) Kol. Puterman przytacza, że Hahn opisał 42 przypadki wśród samych tylko mężczyzn, a wszak wiadomo, że przeważająca liczba zachorowań przypada na osoby płci żeńskiej w okresie dojrzewania płciowego, aczkolwiek i wiek dziecięcy nie jest wolny od tej sprawy (przypadek u 13-miesięcznego dziecka). Przytoczone przez prelegenta objawy kol. P. uzupełnia opisem zaburzeń ze strony układu nerwowego i mięśniowego (pierwotny zanik mięśni postępujący; spastyczne kurcze mięśni, zwłaszcza przywodzących uda — wczesny nieraz objaw rozpoznawczy —, wzmożenie odruchów rzepkowych, zaburzenia psychiczne). Co do patogenezy mówca przytacza szereg luźnych faktów, wskazujących na pewien związek zmięknienia kości z czynnością gruczołów płciowych i tarczycy. Stosunkowo częstsze występowanie zmięknienia kości wśród kobiet, i to przeważnie w okresie dojrzewania płciowego i podczas ciąży, wskazuje na pewną zależność sprawy od wzmożonej czynności jajników (rozrost kości u zwierząt po wycięciu jajników — Fehling). Na częste przypadki zmięknienia kości i choroby Basedowa w pewnych miejscowościach zwrócił uwagę Hoenicke. Za istnieniem pewnego związku pomiędzy nadmierną czynnością gruczołów płciowych, a tarczycy, przemawiałyby następujące dane: spotykany nieraz rozrost gruczołu tarczowego w okresie dojrzewania płciowego i u ciężarnych; stosunkowo częstsze występowanie pewnych zaburzeń to ze strony narządu oddechowego, narządu krążenia, to ze strony układu nerwowego (gruźlica, dychawica, psychozy, drgawki) zarówno u osobników w okresie wzmożonej czynności gruczołów płciowych, jak i u osobników z nadmierną czynnością gruczołu tarczowego; wreszcie nie bez znaczenia jest często

spotykana adrenalinemia w ustroju, przesyconym wytworami tarczycowymi, a stwierdzony wpływ regulujący adrenaliny na czynność jajników, resp. wpływ leczniczy adrenaliny na zmięknienie kości. Omawiając etyologię, kol. P. wspomina o przypuszczalnem zakaźnem pochodzeniu zmięknienia kości, o wykryciu jakoby przez włoskich autorów dwoinek w kościach, moczu, krwi chorych na tę chorobę, o doświadczalnem wywołaniu zmięknienia kości za pośrednictwem tych dwoinek, o możliwości zakaźnego szerzenia się sprawy. W dalszym ciągu wskazuje kol. P. na trudności rozpoznawcze w okresach wczesnych, na znaczenie białkowego ciała Bence-Jonesa w moczu przy odróżnianiu zmięknienia kości od mięsaka szpikowego. W końcu omawia pomyślny wpływ adrenaliny, fosforu, wycięcia jajników na zmięknienie kości. (Streszczenie własne).

d) Kol. Dehnel przypomina badania nad przemianą materyi w zmięknieniu kości, dokonane przez Korczyńskiego, który znalazł zaburzenia w wydzielaniu fosforu i leczył kolchicyną. — e) Kol. Królikowski podkreśla również związek zmięknienia kości z tarczycą; zdarza się ono mianowicie częściej tam, gdzie i wole, n. p. w Kroacyi. Po wytrzebieniu w większości przypadków nie stwierdzono poprawy. Co do rozróżnienia zmięknienia kości i mięsaka szpikowego (myeloma), to ciało Bence-Jonesa nie ma rozstrzygającego znaczenia, ponieważ znajdowano je i w przypadkach mięsaka szpikowego. Następnie kol. K. zwraca uwagę na zdanie Trousseau o identyczności krzywicy i zmięknienia kości. Reklinghausen w swoim czasie znalazł obie choroby u 13-miesięcznego dziecka. W ostatnich czasach coraz więcej podnosi się głosów, przemawiających za identycznością pochodzenia obu chorób. — f) Kol. Budzyński zwraca uwagę na fakt, że w Kazaniu zmięknienie kości zdarza się dosyć często, ale wyłącznie u Tatarek, a nie u Rosyanek, że zatem w powstaniu tej choroby mogą odgrywać rolę i właściwości rasowe.

3. Wznowiono dyskusyę o celowości **pulmotoru Draegera.** Na wstępie a) kol. Królikowski, zastanawiając się szczegółowo nad fizyologią oddychania i stwierdzając, że na ciśnienie żylne, na które dodatni wpływ wywiera czynne rozszerzanie klatki piersiowej przy oddychaniu prawidłowem lub sztucznem, pulmotor musi działać ujemnie, że przy pulmotorze tłocznia brzuszna nie działa, i że tlen dla samego procesu oddychania znaczenia pobudzającego nie ma, dochodzi do wniosku, że zwykle praktykowane sztuczne oddychanie jest o wiele pożyteczniejsze, niż działanie pulmotoru. — b) Kol. Dehnel wyraża zdanie, że nie można zaprzeczać dodatniego działania tlenu, który, zdaniem mowcy, działa pobudzająco na ruchy oddechowe. — c) Kol. Podczaski zwraca uwagę na możliwość wtłaczania zapomocą pulmotoru tlenu do żołądka i na ujemne działanie, spotęgowane jeszcze przez tę okoliczność nietylko na ciśnienie żylne, lecz i na stan napełnienia naczyń włoskowatych samego płuca; wypowiada również zdanie, że pulmotor gorszy jest od sztucznego oddychania. — d) Kol. Arnold zwraca uwagę, że nie tlen, jak sądzi kol. D., działa na ośrodki oddychania, ale kwas węglowy, znajdujący się w płucach. — e) Kol. Wołkowicz przypuszcza, że musiano robić pewne doświadczenia, stwierdzające celowość pulmotoru, że trzeba zatem zebrać odnośne dane, które bezwątpienia muszą istnieć, aby módz nietylko na zasadzie wywodów teoretycznych, ale zastosowania praktycznego wysnuć odpowiednie wnioski. — f). Kol. Falkowski wnosi, aby zająć się zbadaniem stanu sprawy ratownictwa u nas. — Wniosek ten zostaje przyjęty z uzupełnieniem przewodniczącego, aby się postarać zaznajomić się praktycznie z działaniem pulmotoru.

4. W części administracyjnej zebrania ogólnego przewodniczył kol. Kołudzki.

Przed przystąpieniem do wyborów kol. Czajkowski prosi o niewybieranie go ze względu na zły stan zdrowia. Kol. Dehnel i Weinzieher oświadczają się za nieuwzględnieniem tego powodu, ponieważ: 1) choroba kol. Cz. może prędko przeminąć, 2) w razie choroby prezesa stosownie do ustawy zastępuje go wiceprezes. — Prezesem został wybrany kol. Czajkowski, wiceprezesem kol. Królikowski, sekretarzem kol. Weinzieher, bibliotekarzem kol. Puterman, skarbnikiem kol. Zieleniewski, członkami zarządu kol. Dehnel i Żołędziowski. Do komisyi rewizyjnej zostali wybrani: kol. Arnold, Suchodolski i Falkowski.

Po dokonaniu wyborów sekretarz odczytał sprawozdanie z działalności Towarzystwa w r. 1912, z którego wynika, że 1 stycznia 1912 r. Towarzystwo liczyło 41 członków rzeczywistych, samych lekarzy, zamieszkałych w powiecie Będzińskim, w ciągu roku sprawozdawczego przybył 1 członek rzeczywisty i ubył 1 wskutek wyjazdu z Zagłębia, tak że 1 stycznia 1913 r. Towarzystwo liczyło 41 członków rzeczywistych.

W skład zarządu wchodzili: kol. Czajkowski jako prezes, Królikowski — wiceprezes, Weinzieher — sekretarz, Puterman — bibliotekarz, Zieleniewski — skarbnik, Dehnel i Pfabe.

Posiedzeń w ciągu roku odbyło się 11, w tem 1 ogólne zebranie doroczne. Frekwencya średnia 21 członków rzeczywistych, największa 29, najmniejsza 14. Referaty w ciągu roku wypowiedzieli: 1) Kol. Dehnel: Racyonalny sposób walki z gruźlicą w Zagłębiu. 2) Tenże: Kilka uwag o wrzodzie dwunastnicy, 3) Tenże: Przyczynek do etyologii reumatyzmu. 4) Kol. Pfabe: Dane statystyczne o gruźlicy za ostatnie 10 lat wśród robotników fabryki Fitznera i Gampera. 5) Kol. Starkiewicz: Gruźlica u dzieci w świetle najnowszych badań i poglądów. 6) Kol. Bartkiewicz: Operacye przepuklin w okresie 5-letnim w szpitalu w Zawierciu. 7) Kol. Brzeziński: O dyecie szpitalnej. 8) Kol. Czajkowski: Medycyna przyszłości i stanowisko w niej lekarza, 9) Tenże: O leczeniu swoistem gośćca oraz kilka uwag o etyologii tego cierpienia. 10) Kol. Henryk Higier: W sprawie nowszych poglądów na układ sympatyczny i autonomiczny i ich znaczenie kliniczne. 11) Kol. Arnold opowiedział: a) o niezwykłym przypadku zwichnięcia w stawie biodrowym i b) o przypadku urazu mózgu o przebiegu pomyślnym. Z przypadków chorobowych pokazali: 1) Kol. Arnold: Przypadek guza jamy brzusznej i klatki piersiowej. 2) Kol. Puterman i Wołkowicz: Przypadek przypuszczalnej limfogranulomatozy. 3) Kol. Czajkowski i Łapiński: Przypadek twardziny skóry. 4) Kol. Czajkowski: Przypadek wyrośli kostnej (exostosis humeri). 5) Kol. Dehnel: Przypadek przypuszczalnej choroby Friedreicha. Z preparatów chirurgicznych pokazał kol. Czajkowski: 1) wole koloidowe, operowane u 76-letniego starca »in extremis« z powodu zwężenia tchawicy z zejściem śmiertelnem, 2) torbiel skórzastą znacznych rozmiarów, która wisiała na cienkiej szypułce u dna macicy, 3) dużych rozmiarów ganglíony, wyłuszczone z palca.

Oprócz powyższego jedno z posiedzeń było prawie całkowicie poświęcone szczegółowemu obejrzeniu nowozbudowanego szpitala żydowskiego w Sosnowcu i dyskusyi nad niektóremi zagadnieniami etyki lekarskiej, poruszonemi przez zarząd. Na zewnątrz Towarzystwo zamanifestowało się depeszą gratulacyjną na jubileusz prof. Baranowskiego i wspólnem z innemi Towarzystwami Zagłębia wysłaniem wieńca na trumnę Prusa. Zarząd odbył w ciągu roku sprawozdawczego 14 posiedzeń, na których układano porządek posiedzeń Towarzystwa, zajmowano się sprawami administracyjnemi, starano się możliwie łagodzić niesnaski, wynikające między kolegami, ułożono tematy do opracowania, budżet, regulamin biblioteczny, zastanawiano się nad niektóremi zagadnieniami etyki lekarskiej, i nad prenumeratą pism i zakupem książek.

Następnie kol. Puterman odczytał sprawozdanie ze stanu biblioteki, z którego wynika, że w ciągu roku 1912 przybyły 52 tomy, wobec czego obecnie biblioteka liczy 929 tomów. Najbardziej wzbogacone zostały działy patalogii szczegółowej, dyagnostyki, farmakologii, terapii, chirurgii, położnictwa i ginekologii. Korzystało z biblioteki

w roku sprawozdawczym 16 kolegów, którzy wypożyczyli 30 książek i 53 numery czasopism. Najbardziej interesowano się pedyatryą, medycyną wewnętrzną i terapią, mniej chirurgią, położnictwem i ginekologią, dermatologią, a najmniej anatomią, bakteryologią, fizyologią i chemią organiczną.

Ze sprawozdania skarbnika wynika, że majątek Towarzystwa w gotowiźnie wynosi na 1 stycznia 1913 r. r, 1374, kop. 4, z tego w funduszu zapomogowym r. 737 k. 72, włącznie już z $^0/_0$ za rok 1912, wynoszącym r. 31 k. 48.

Następnie wysłuchano sprawozdania komisyi rewizyjnej, która znalazła księgi kasowe i dokumenty w zupełnym porządku i ze szczególnem uznaniem podnosi dbałość bibliotekarza o utrzymanie biblioteki i katalogów we wzorowym porządku. Wreszcie zatwierdzono budżet, pozostawiając dotychczasową składkę dla członków rzeczywistych, mianowicie 18 r. rocznie, z czego $^1/_8$ część ma być i nadal potrącana na fundusz zapomogowy. S. Weinzieher.

Towarzystwo lekarskie Płockie.

Posiedzenie d. 30. V. 1913.

1) Kol. Żenczykowski. **Teorya opsonin Wrighta.** Wyjaśniwszy, na czem polega istota teoryi, kol. Z. przeszedł do zastosowania teoryi w praktyce w celu leczenia spraw zakaźnych przy pomocy wakcynoterapii.

2) Kol. Zaleski. **Pokaz operowanych wyrostków robaczkowych.** Pierwszy okaz w kształcie guza, wielkości małej pięści, u człowieka lat około 50. Przed operacyą rozpoznawano złośliwy guz kiszki ślepej, tembardziej, że wymacywany nawet przez samego chorego guz przebiegał przewlekle, w ciągu kilku miesięcy obserwacyi prawie nie był bolesny, a ostrego napadu nigdy nie było. Guz powstał przez przerost, skręcenie i przyklejenie wyrostka do kiszki ślepej. Drugi okaz wyrostka, wyjętego operacyjnie na zimno po paru napadach, przedstawiał odsznurowaną prawie od wyrostka torbiel wielkości orzecha tureckiego, napełnioną śluzowym płynem. Trzeci okaz dotyczy długiego bardzo wyrostka, wyjętego podczas ostrego napadu w 3. dniu choroby. Wyrostek leżał, zgięty kolankowato, w świeżo powstałej przepuklinie udowej, koniec zaś jego był w wolnej jamie brzusznej. Wyrostek, worek przepuklinowy, kiszka ślepa i sąsiednie jelito cienkie pokryte były ropą. Herniolaparotomia i sączkowanie ocaliło chorą. Czwarty okaz dotyczy młodej 16-letniej dziewczyny, cierpiącej na bardzo często powtarzające się wymioty od lat kilku, leczonej dotąd bezskutecznie. Wyrostek znaleziono dość długi, makroskopowo niezmieniony. Po operacyi wymioty w ciągu 6 miesięcy nie zjawiły się i operowana jest zupełnie zdrowa. (Streszczenie własne).

Posiedzenie z d. 31. X. 1913.

1) Kol. Zaleski pokazał **klizopompę**, używaną ogólnie do lawatywek u dzieci, **zastosowaną** przez dodanie szklanej rurki, do nadymania powietrzem żołądka u chorego, jak również **do otrzymywania treści żołądka** bez dodawania wody. Obecni koledzy uznali przyrząd za zupełnie praktyczny i spełniający dokładnie obydwa zadania.

2) Kol. Żenczykowski odczytał dokładnie zobrazowany wykład: **O odczynie Bordeta i Gengou.**

3) Kol. Zaleski. **Przypadek późnego zatrucia chloroformem.** J. B., panienka lat 14, operowana d. 5. V. 1913, z powodu ostrego powtórnego napadu zapalenia wyrostka robaczkowego, w drugim dniu choroby. Operacya trwała godzinę, chloroformu zużyto około 30 gm. Wyrostek robaczkowy zmieniony, ze zmętniałą błoną surowiczą, dlatego pomimo niecięźkiego stanu ogólnego niezupełnie zaszyto ranę (cięcie Lennandera) i od dołu włożono pasek gazy wyjałowionej. Przebieg pooperacyjny z początku pomyślny, bez gorączki i przy dobrem tętnie; kawałek gazy w ranie zmieniono na mniejszy. Togoż dnia niewielka żółtaczka, mocz bez białka. Następnego dnia żółtaczka wyraźniejsza, barwiki żółciowe w moczu. Ku wieczorowi stan chorej się pogorszył, chora rzucała się ustawicznie na łóżku, utraciła przytomność przy ciepłocie 37° C. i tętnie 76. Podano wodę Vichy i wstrzyknięto niewielką dawkę morfiny. Całą noc chora majaczyła, krzyczała, rzucała się i pomimo opieki matki i służby zerwała opatrunek (bandaże i leukoplast), przyczem przez otwór w dolnym końcu rany wypadł kawał sieci. Sieć zaraz odcięto i włożono w otwór kawał gazy wyjałowionej, na to uciskający opatrunek. Następnego dnia, 8. V., chora chwilami przytomniejsza, żółtaczka większa, ilość moczu 500 ctm na dobę, ciepłota 37° C., tętno 76. Noc z 8. na 9. V. spokojniejsza, chora chwilami zasypia. 9. V. przytomność chwilami wraca, żółtaczka większa, mocz 800 ctm. sz. z barwikami żółciowymi. Od tego czasu stan powoli poprawia się, chociaż żółtaczka trwa jeszcze w ciągu 2 tygodni; rana goi się bez powikłań. Chora przez 2 dni pomimo dobrego tętna i niepodwyższonej ciepłoty sprawiała wrażenie ciężko chorej; prócz niepokoju, objawów maniakalnych, były jeszcze kilkakrotne wymioty i krwawienie z nosa, stolce odbarwione, twardawe, język mocno obłożony, śledziony i wątroby wymacać się nie dało, jednem słowem stan chorej sprawiał wrażenie ciężkie i przypominał obraz ostrego żółtego zaniku wątroby. Leczenie polegało na obfitych wlewaniach podskórnych rozczynu soli (pierwszego dnia 1500, drugiego 1000) i na ciągłych wziewaniach tlenu. Przypisując objawy powyższe zatruciu chloroformem, starał się prelegent w ten sposób wpłynąć na ogólną przemianę materyi. Tego rodzaju zatrucia chloroformem zdarzają się chyba bardzo rzadko, gdyż w literaturze bardzo mało o nich znaleść można. W »Przeglądzie lekarskim« Nr 20, z r. 1913 (referat z Münch. med. Woch. Nr. 10, z r. 1913) mówi Hildebrand o tego rodzaju zatruciu i nazywa je jednem z najstraszniejszych powikłań uśpienia chloroformem, bo nieraz śmiertelnem i cechującem się na stole sekcyjnym obrazem ostrego żółtego zaniku wątroby. Radzi on zawsze przed uśpieniem chloroformem zbadać dokładnie wymiar wątroby i mocz co do zawartości urobiliny i w razie znalezienia jej zaniechać uśpienia chloroformem. W zeszycie 674 r. 1913, »Sammlung klinischer Vorträge« Brachel opisuje 2 podobne przypadki zatrucia w kilka dni po operacyi; sądzi on, iż zależy to od małej ilości glikogenu w komórkach wątroby i radzi nie głodzić chorego przed uśpieniem, owszem do ostatniego dnia podawać węglowodany i nie stosować solnych środków czyszczących. Najlepiej jednak wobec większej śmiertelności uśpienia chloroformowego od eterowego używać stale do uśpienia eteru. (Streszczenie własne).

Posiedzenie z d. 29. XI. 1913.

1) Kol. Zaleski. **Przypadek megacolon congenitum** (choroby Hirschprunga). Ogół lekarzy mało jest obznajomiony z tą chorobą, która zdarza się niezmiernie rzadko, a niektórzy autorzy wbrew dokładnemu opisowi tej choroby przez Hirschprunga jako wrodzonej, biorą ją za nabytą, mieszając z pojęciem »megacalon acquisitum« na tle wrodzonych lub nabytych zwężeń kiszki grubej. Przypadek spostrzegany dotyczył noworodka, trzeciego dziecka pp. W., urodzonego 4. VIII. 1908 r. Do dziecka wezwano mnie 8. VIII. z powodu zupełnego zatrzymania smołki i gazów. Dwa dni po urodzeniu stosowano lawatywki z porady lekarza bez skutku. Dziecko wychudzone, z ogromnym brzuchem, lśniącą skórą, niespokojne i jęczące. Odbyt prawidłowy, palec wchodzi łatwo do prostnicy. Po lawatywach z wody i oliwy długą miękką kanką z irygatora, miesieniu brzucha, po kilkugodzinnych usiłowaniach, posługując się przytem palcem, wprowadzonym do prostnicy, udało się opróżnić kiszki z bardzo obfitej smołki, kału i gazów, dziecko się uspokoiło i zaczęło ssać. W następnych tygodniach wypróżnienia, choć leniwe, przy pomocy lewatyw, były dość

prawidłowe. Później bywały jeszcze kilka razy dłuższe zatrzymania stolca po wyjeździe całej rodziny do Warszawy. Według opowiadania rodziców napady leczone były w sposób podobny do opisanego, do operacyi nie przyszło. Dziecko to w rok po urodzeniu miałem sposobność znowu widzieć, było dobrze rozwinięte, chociaż często miewało zaparcia, usuwane lawatywami z wody. Jednakże podczas jednego z tych napadów w Warszawie dziecko, już $2^{1}/_{2}$-letnie, zmarło. Matka dziecka od urodzenia cierpiała podobnie i z tego powodu wożono ją po różnych klinikach zagranicznych, gdzie radzono operacyę. Pomimo to żyje dotąd, cierpi jednak na zaparcie stolca z ostrzejszymi napadami zatrzymania gazów i kolkami. Jeden podobny napad spostrzegałem w rok po urodzeniu małego chorego: chora cierpi na zatrzymanie stolca i wiatrów z bolami od kilku dni; lekarz zaordynował środki czyszczące z pogorszeniem; po lawatywach zaparcie ustąpiło. Choroba Hirschprunga, chociaż opisywana była jeszcze w połowie zeszłego stulecia, dokładniej została wyosobniona w r. 1886 przez powyższego autora na zasadzie 2 przypadków; później zebrał on wszystkiego 10. Autorzy różnią się w statystyce wszystkich przypadków znanych tej choroby. Heubner podaje w r. 1906 z literatury 20, Fischl 60, a Loewenstein aż 150. Pochodzi to z nieodróżniania megacolon congenitum od acquisitum. Hirschprung opisuje tę chorobę jako wrodzone rozszerzenie całej kiszki grubej przy braku wszelkich mechanicznych przeszkód. Częściej zdarza się to u chłopców, niż u dziewczynek (podług H. 9:1). Przypadki te dają przynajmniej połowę wczesnej śmiertelności; wskutek powtarzających się napadów często dochodzi do owrzodzeń błony śluzowej, a nawet do przedziurawienia kiszki. Leczenie zasadza się na wysokich wlewaniach, miesieniu brzucha; środki czyszczące szkodzą. Operacyjnie stosowano enteroanastomozę z wykluczeniem kiszki grubej. Sztuczny odbyt przyspiesza tylko koniec. Przypadek opisany, choć nie sprawdzony przez sekcyę, zdaje się niewątpliwie odpowiadać opisowi Hirschprunga, a godnym zaznaczenia jest nietylko z powodu małej liczby niewątpliwych przypadków, ale i z tego jeszcze, iż zdaje się przemawiać za możliwością dziedziczenia choroby. (Streszczenie własne).

2) Kol. Zaleski: **Przypadek ogólnego zakażenia septycznego pooperacyjnego przy zapaleniu wyrostka robaczkowego.** Jak ważnem jest wczesne operowanie przy zapaleniu wyrostka, dowodzi przypadek spostrzegany i operowany przez prelegenta, w którym pomimo prawie zupełnego zagojenia się miejscowego sprawa chorobowa zakończyła się zejściem śmiertelnem wskutek zakażenia ogólnego. Chora zamężna, 47 lat licząca, A. B., ze sfery inteligentnej, zachorowała w dniu 17. VIII. 1913, przy objawach ostrego zapalenia wyrostka. Prelegent widział chorą w początku trzeciej doby: stan chorej wydawał się miejscowo niezbyt ciężkim. Ponieważ jednak pierwszy okres, najpomyślniejszy dla rękoczynu, już przeszedł, a nadto chora zaniemogła bezpośrednio po zgonie jedynej córeczki i była mocno wstrząśnięta tem przejściem i nieprzespanemi nocami, zdawało się wskazanem nie przynaglać do natychmiastowej operacyi, co zresztą pozostawiono do uznania chorej i jej otoczeniu, które było za operacyą raczej w czasie wolnym od napadu. Podług słów lekarza ordynującego stan chorej po kilku dniach zupełnie się poprawił: gorączka ustąpiła, również i bolesność. Chora miała się już podnieść z łóżka, gdy nagle 5. IX., t. j. na 19. dzień choroby bóle wróciły i zjawił się mocny dreszcz. Prelegent wezwany zalecił natychmiastową operacyę, która została wykonana. Znaleziono ograniczony ropień, oddzielony od wolnej jamy brzusznej. Granice ropnia stanowiły: od przodu sieć i kątnica, z boków zrosty kiszki cienkiej, od dołu pochwa maciczna. Po zabezpieczeniu wolnej jamy brzusznej zrosty kiszek i sieci uwolniono na tępo i usunięto ze zbiornika obfitą cuchnącą ropę. Przebieg pooperacyjny co do miejscowych objawów był pomyślny, zakażenie wolnej jamy brzusznej nie nastąpiło. Ropa po kilku dniach nie cuchnąca, stan ogólny jednak bez poprawy; codziennie dreszcze, ciepłota rano 36^0 C., wieczorem około 39^0 C. Po kilku dniach w mniemaniu, że dreszcze pochodzą od zatrzymywania się ropy, przeciągnięto gruby sączek przez tylne sklepienie pochwy do rany brzusznej, jednak bez wyniku. Ropienie z czasem mniejsze, jama goiła się, jednak bez dodatniego wpływu na stan ogólny. Dreszcze bez przerwy codziennie pomimo stosowania różnych środków, jak wlewania do żył elektrargolu, sublimatu, lawatyw z kolargolu i t. d. W dalszym ciągu wystąpiły objawy zatorów płucnych, później znaczne obrzmienie i bolesność wątroby, powiększenie śledziony. Parokrotne nakłucia próbne nigdzie nie wykazały ropy. Stan taki ciągnął się 65 dni od dnia operacyi, chora słabła pomimo niezłego odżywiania, wystąpiły obrzęki kończyn dolnych bez białka w moczu, wreszcie śmierć 31. X. 1913. Badania pośmiertnego zrobić nie można było, z całego jednak przebiegu sądzić należy, iż sprawa chorobowa przybrała przebieg zakażenia ogólnego z zatorami w wątrobie i płucach.

W sprawie czystości języka.

Wielką chlubą piśmiennictwa lekarskiego polskiego było i jest to, że stara się usilnie o czystość i poprawność języka. Pod tym względem śmiało można powiedzieć, że piśmiennictwo lekarskie kroczy w pierwszych szeregach naszego piśmiennictwa naukowego. Dotyczy to zarówno słownictwa, jakoteż i strony gramatycznej i stylistycznej.

Jednakże nader szybki rozwój współczesnej medycyny, stwarzając całe szeregi nowych pojęć, stwarza także

Erystypticum „Roche"



preparat skombinowany w postaci płynnej i stałej (ziarenka).

Lek wewnętrzny, tamujący krew wypróbowany z dobrym skutkiem we wszystkich krwawieniach patologicznych.

Rp Erystypticum "Roche" w płynie 1 kroplomierz oryginalny à 20 g Kr. 3.75 10–30 kropel 1–3 razy dziennie

Rp Erystypticum "Roche" w postaci stałej 1 flakon oryginalny à 40 g . Kr. 4.50 1–3 miarki 1–3 razy dziennie

Rp Erystypticum "Roche" à 10 g (Opakowanie dla kas chorych) Kr. 1.50 10–30 kropel 1–3 razy dziennie.

F. HOFFMANN-LA ROCHE i S-ka, Bazylea (Szwajcarja), Wiedeń III/1.

mnóstwo nowych nazw i coraz częściej nasuwa naszemu piśmiennictwu lekarskiemu do rozwiązania problem zasadniczy, czy dla tych nowych pojęć trzeba bezwzględnie starać się o osobne nazwy polskie, czy też, i do jakich granic wolno posługiwać się mianami, żywcem z obcych języków przenoszonemi. A chociaż ostatnie wydanie »Słownika lekarskiego polskiego« wskazuje w tym względzie właściwą drogę, to jednak, ilekroć chodzi o jakiś nowy termin, prawie zawsze powstaje spór i prawie zawsze z bardzo skrajnych wiedziony stanowisk, niejednokrotnie nawet wtedy, gdy, jak mówi przysłowie, »gra nie warta świeczki«. Piecza o czystość języka wyradza się wśród lekarzy polskich niekiedy nawet w przesadę, upatrującą zdrożności w użyciu jakiegokolwiek miana o źródłosłowie obcym, choćby nawet łacińskim lub greckim, i w użyciu jakiegokolwiek zwrotu, który jest podobny do składni niemieckiej lub rosyjskiej, choćby to był zwrot rdzennie polski, a tylko kilku językom grupy indoeuropejskiej wspólny.

Dlatego zasługują na uwagę pisarzy lekarskich, a miłośników nieskazitelności języka ojczystego, dwie rozprawki pierwszorzędnych językoznawców, profesorów Wszechnicy krakowskiej, Jana Łosia i Jana Rozwadowskiego, ogłoszone w grudniowym zeszycie miesięcznika »Język polski«. Prof. Łoś zajmuje się w rozprawie p. t. »Granice puryzmu« głównie sprawą mianownictwa naukowego polskiego; prof. Rozwadowski zaś rozpatruje sprawę germanizmów, galicyzmów i t. d. w zwrotach i wyrażeniach. Wywody te przytaczamy poniżej w streszczeniu i wyjątkach.

Prof. Łoś powołuje się naprzód na artykuł, ogłoszony w tej sprawie przez prof. Twardowskiego ze Lwowa w »Ruchu filozoficznym«.

»Każdy język — pisze prof. Twardowski — posiada pewną odporność na chcące się wcisnąć w jego organizm wyrazy obce. Świadome dążenie w kierunku tej odporności, dbałość o »czystość« języka w tem właśnie znaczeniu nazywa się, jak wiadomo, puryzmem. Mimo jednak samorzutną odporność i świadomy puryzm żaden ze współczesnych narodów cywilizowanych nie mówi językiem zupełnie »czystym«. Każdy używa wyrazów, pochodzących z języków innych. Puryzmu niepodobna przeprowadzić bezwzględnie. A skoro nie można, to i nie trzeba. Wobec tego godzi się zapytać, czy nie możnaby wskazać granic uprawnienia puryzmu, po za któremi byłby on zbytecznem wysilaniem się gwoli zaspokajaniu zachcianek doktrynerskich«. Prof. Twardowski ogranicza się do terminologii filozoficznej, w której notuje następujące trzy działy zapożyczeń: 1. Pewną grupę terminów obcych zastąpiono przez wyrazy polskie n. p. »przedmiot«, »podmiot«, »jakościowy«, »ilościowy«, »przesłanka«, »istnienie« i t. p., wobec których prawie zupełnie wyszły z użycia dawniejsze terminy zapożyczone: »objekt«, »subjekt», »kwalitatywny«, »kwantytatywny«, »premisa«, »egzystencya» i t. d. 2. Obok tego jednak ustaliły się, prawdopodobnie na zawsze, takie wyrazy obce, jak: »filozofia», »psychologia«, »estetyka«, »logika», »etyka«, »metafizyka», »system«, »idea«, »kategorya« i t. d. 3. Wreszcie istnieje szereg terminów, niejako stojących na pograniczu między pierwszą a drugą grupą: jedni tu posługują się wyrazami obcymi, po największej części używanymi w temże znaczeniu przez wszystkie kulturalne narody świata, inni zaś zastępują je przez wyrazy polskie: »asocyacya« — »kojarzenie«, »intensywność« — »natężenie«, »problemat« — »zagadnienie«, »terminologia« — »słownictwo«, »definicya« — »określenie«, »postulat« — »wymagalnik«, »imperatyw« — »rozkaz«, »obserwacya« — »spostrzeżenie«, »eksperyment« — »doświadczenie» i t. d. Prof Twardowski zapytuje, czy uzasadniona jest dążność do rugowania z języka polskiego tych terminów obcych, które do owej trzeciej grupy wchodzą, i stwierdziwszy, że historya języka na to odpowiedzi nie daje, gdyż z terminów zapożyczonych jedne się nie utrzymały, a inne ustaliły się w języku, oświadcza się za tem, żeby rozstrzygały tu względy użyteczności.

»Tak więc — pisze dalej prof. Łoś — w zakresie terminologii filozoficznej, a nawet w ogólności terminologii naukowej prof. Twardowski wskazał zasadę, której zachowywanie nie naraziłoby nas ani na niedogodności praktyczne, ani na niebezpieczeństwo wielkiego zanieczyszczenia języka obcymi wyrazami. W każdej nauce odbywa się nieustanna międzynarodowa wymiana myśli i gdyby każdy naród chciał urobić sobie własną, wyłącznie na swojskich pierwiastkach opartą terminologię, każdy pracownik musiałby nietylko pokonać mnóstwo trudności pamięciowych, ale nadto na każdym kroku groziłyby mu niebezpieczeństwa ciągłych nieporozumień i wątpliwości, boby niepodobna było dojść do tego, aby wszystkie odpowiadające sobie różnojęzyczne terminy miały zupełnie jednakową treść i zakres«.

»Z wyrazami obcymi bywa mniej więcej to samo, co i z obcymi towarami, zależnie od mody: bywają czasy, kiedy się ludziom wydaje, że tylko cudzoziemski towar jest dobry, a wyrób miejscowy lichy i ordynarny; następuje potem okres inny z hasłem panującem: »kupujcie tylko wyroby swojskie«. Język literacki z w. XVII. roi się od wyrazów włoskich, francuskich, hiszpańskich, a dziś pragnęlibyśmy pozbyć się wszelkich obcych wtrętów. Nastrój dzisiejszy jest zupełnie zrozumiały: nie mogąc, a w części nie umiejąc zapobiedz kurczeniu się ojczyzny w tylu dziedzinach życia, wysilamy się na obronę rodzimości języka, chcemy go już nietylko utrzymać na dotychczasowym stopniu jego czystości, ale często dążymy do wyrugowania z niego już oddawna zasiedziałych przybyszów. Motywy naszych usiłowań w tym kierunku są zawsze szlachetne, ale skutki tych dążności mogą się stać bardzo szkodliwymi.«

»Przedewszystkiem często, powiem nawet najczęściej, wyznawcami skrajnego puryzmu są ludzie, nie znający historyi języka, nie zdający sobie sprawy z zasad jego rozwoju, nie umiejący nawet objektywnie odróżnić wyrazu lub zwrotu swojskiego od cudzoziemskiego. Dość dla nich, że pewien wyraz lub zwrot polski brzmi podobnie jak w języku obcym, by zaraz uderzyć na trwogę, że zaśmiecamy swój język obcemi przymieszkami. Takie stanowisko jest szczególnie niebezpieczne dla tych części Polski, które się znajdują pod wpływami politycznymi rosyjskimi. Spotykałem tam ludzi, którzy w mowie i piśmie dokonywali nadludzkich prawie wysiłków, aby uniknąć wszystkiego, co tak brzmi po polsku, jak po rosyjsku; bali się bowiem, że posądzeni zostaną o ruszczenie mowy polskiej. Rzecz oczywista, że hołdowanie takiej zasadzie doprowadziłoby nas do absurdu: musielibyśmy z gruntu zmienić swój język, by się stał niepodobnym do innego słowiańskiego, a gdybyśmy doszli do tego, przestalibyśmy rozumieć swoich własnych dotychczasowych pisarzy. Prawda, od tego jesteśmy dalecy, ale bądź co bądź na tej drodze czujemy skłonność do zastąpienia pewnej liczby mniej zwykłych, szczerze i odwiecznie polskich wyrazów i wyrażeń przez nowotwory, często od urodzenia ułomne lub anemiczne. Z drugiej jednak strony uznać trzeba, że ogromna większość ludzi, mających do czynienia z obcym, a pokrewnym swojemu własnemu językiem, łatwo ulega jego wpływom i rodzimą swą mowę psuje«.

»Zdarzają się też tacy puryści, którzy jak ognia boją się wyrazów, mających brzmienie cudzoziemskie, ale podziwiają sprawność języka niemieckiego do tworzenia wyrazów złożonych. W nowowydawanych słownikach zawodowych, których celem jest ustalenie terminologii polskiej czy to naukowej, czy fabrycznej lub rękodzielniczej, znajdujemy nieraz objawy, a raczej skutki tego uwielbienia dla wyrazów złożonych. W komitetach redakcyjnych, układających takie słowniki — wiem to z własnego doświadczenia — panuje mniemanie, że nazwa złożona z dwu wyrazów nie jest nazwą, lecz opisem, ale te same dwa wyrazy, zlepione z sobą w sposób nieraz potworny, są już właściwą nazwą przedmiotu. Przypuśćmy więc, że do słownika stolarskiego trzeba wprowadzić nazwę, odpowiadającą niemieckiemu »Schreibtisch«: odrzucą »stół do pisania«, ale stworzą chyba jakiś »pisostół«, bo i »biurko« nie znajdzie tu łaski, jako wyraz

cudzoziemski. Puryści, obdarzający nas »deszczochronami«, »światopoglądami« i t. p. wyrazami złożonymi, często wprowadzają do słownika naszego formacye, odbiegające od normalnych typów naszych złożeń z pewnym określonym stosunkiem syntaktycznym między częściami składowemi wyrazu, a nadto, mnożąc nadmiernie ilość wyrazów złożonych, dążą do nadania zmienionego charakteru całemu językowi».

»Inny typ purystów postępuje ostrożniej, ale także nie bez szkody dla języka. Godzą się oni z koniecznemi zapożyczaniami, ale niech tylko spostrzegą, że obok wyrazu lub zwrotu, który za czysto polski uważają, istnieje jakiś inny wyraz lub zwrot, mający toż samo znaczenie, a dla jakichś przyczyn podejrzany, pragną go wykorzenić i wyrzucić z zasobów naszych językowych. Nieraz wytykają istotne zaniedbania, rzeczywiste grzechy przeciwko czystości języka, ale łatwo dają się unieść temperamentowi i potępiają nierzadko to, co wcale na potępienie nie zasługuje. Bogactwo języka polega nietylko na tem, że różne odcienie pojęć, nie dające się wypowiedzieć w innej mowie, tu znajdują wyraz odpowiedni, ale także i na tem, że myśl jakąś w takiej lub innej formie wyrazić możemy. Oceniając zwroty językowe z punktu widzenia ich rodzimości, łatwo możemy wpaść w to samo niebezpieczeństwo, o którem była mowa na początku tego artykułu: jeżeli znajdziemy podobny zwrot w języku obcym, czy musimy go uznać za naleciałość, każącą czystość naszej mowy? W bardzo wielu wypadkach takie nasze postąpienie byłoby poprostu zamachem na frazeologię polską».

»Przy ocenianiu rodzimości zwrotów językowych nie można się kierować ani ich podobieństwem do zwrotów cudzoziemskich, ani wnioskami logicznymi i dlatego wyznaczyć ściślejszych granic puryzmu w zakresie szerszym od zakresu terminologii naukowej niepodobna. Trzeba się trzymać dawnej ogólnej zasady: nie wpadać w przesadę ani na jedną, ani na drugą stronę. Sprawdzian znajdujemy tylko we własnem poczuciu językowem, ale ten nie zaprowadzi nas na manowce jedynie wtedy, gdy będziemy się szczerze i usilnie starać o poznanie istotne bogactwa naszej mowy, gdy przy czytaniu nietylko na treść, ale i na formę zwrócimy uwagę, gdy do czytania dobierać będziemy dzieła istotnie dobrze napisane po polsku, gdy obok rzeczy współczesnych czytać będziemy także dzieła pisarzy dawniejszych, zwłaszcza Reja, Kochanowskiego, Górnickiego, Skargę, Krasickiego, że już stylistów XIX w. i współczesnych pominę. Wyrobiwszy sobie czytaniem polskie poczucie językowe, możemy być pewni, że wielkich grzechów przeciw czystości języka popełniać nie będziemy, a jeżeli niekiedy zbłądzimy, nasze usterki nie zarażą innych, którzy w ten sam sposób się przygotują do strzeżenia rodzimych skarbów mowy naszej. Równomierna ciągłość stopniowych zmian językowych i nadal będzie utrzymana».

Prof. Rozwadowski pisze w sprawie germanizmów: »Każdy język posiada zwroty sobie właściwe, bo każdy naród ma pewne szczególne właściwości w życiu, zwyczajach, zapatrywaniach, usposobieniu i t. d. i wszystko to odbija się w języku. Jest rzeczą zrozumiałą i jasną, że n. p. lud, niemający nic do czynienia z morzem i żeglugą, więc dajmy na to Polacy, nie używa zwrotów, mających swe źródło w żegludze, w przeciwieństwie do takich n. p. Holendrów, Anglików i t. d. U nas, podobnie jak u Niemców i indziej, jest za to bardzo wiele zwrotów, które się wyrobiły wśród myśliwych, których źródło tkwi w łowiectwie. Starzy Rzymianie, gorliwi rolnicy i wysoko pracę na roli ceniący, mieli mnóstwo wyrażeń i zwrotów, z życia i wyobrażeń gospodarsko-rolniczych płynących; i tak wiele ich terminów wojskowych stąd wyszło. Są różnice usposobień, zajęć, kultury wśród całych ludów, warstw, stanów i ludzi — muszą być zatem różnice w wyrażeniach językowych«.

»Wszystko to jest pewne, jasne i uznane, a taksamo i to, że wskutek zbytniego przejęcia się obcym językiem, wskutek wielkiego wpływu jednego języka na drugi, bardzo często przenosi się zgoła niepotrzebnie żywcem obce zwroty. Zwłaszcza w naszych stosunkach, wskutek tego, że, prócz modnych języków, setki tysięcy Polaków musi się uczyć niemieckiego i rosyjskiego, mnóstwo obcych zwrotów dostaje się do polszczyzny, rugując rodzime i sprawiając zgrzyt w uszach».

»Ale jak zawsze, tak i tutaj nie trzeba przesadzać, a raczej trzeba być ostrożnym i pamiętać o tem, że ludy europejskie tworzą od wielu wieków, mimo wszystkie przeciwieństwa, jedną wielką rzeszę kulturalną. Nie trzeba się zbyt spieszyć z piętnowaniem jakiegoś zwrotu jako germanizmu, czy innego -izmu, bo wszystkie języki europejskie posiadają wspólny i duży zasób charakterystycznych wyrażeń. Wiele z nich płynie ze świata klasycznego, który w humanizmie i renesansie tak potężnie zaważył na kulturze Europy, inne płyną z chrześcijaństwa, które po dziś dzień łączy najrozmaitsze ludy; mnóstwo zwrotów wspólnych polega na wielkiej wspólności kultury, w jej najrozmaitszych przejawach, idących od narodu do narodu. A wreszcie bardzo wiele polega na zasadniczej wspólności i podobieństwie natury ludzkiej; życia psychicznego i odnoszenia się do świata otaczającego. We wszystkich językach spotykamy n. p. zwroty w rodzaju naszych »mieć coś pod ręką« i jestto zupełnie chyba naturalne».

Przytoczywszy dalej szereg zwrotów, wspólnych językowi polskiemu i francuskiemu, lub polskiemu i niemieckiemu, dochodzi prof. Rozwadowski do następującego wniosku: »Wogóle mamy (my Polacy i wogóle Słowianie) niewątpliwie daleko więcej wspólnych zwrotów i wyrażeń z ludami germańskimi, niż z romańskimi«.

Uwagi prof. Łosia i prof. Rozwadowskiego zasługują na to, aby je dobrze zapamiętać. C.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 11. II. 1914 posiedzenie, na którem prym. Borzęcki przedstawił chorych ze swego oddziału, poczem prym. Dr Stahr, delegat Krajowego Związku lekarzy, miał wykład: »O uspołecznionej pomocy lekarskiej«. W dyskusyi przemawiali prez. Dr Schöngut, prof. Kader, Kostanecki, Wachholz, Dr Bobrowski, Damski, Glassner, Jendl, Weinsberg.

— Krajowa Rada Zdrowia odbyła 7. II. b. r. we Lwowie posiedzenie, na którem po uczczeniu pamięci ś. p. dr. Festenburga zajmowała się sprawą prywatnych zakładów leczniczych w Zakopanem i Piwnicznej, obsadzenia posady krajowego inspektora sanitarnego, docentury higieny w seminaryum w Kołomyi, podwyższenia taksy leczenia w szpitalu w Jarosławiu i regulaminem wydawania kąpieli w Krynicy.

Naturalna
Szczawa Bilińska
Najobfitsza alkaliczna
(sód-lit) szczawa
Czech. 143

— Rada zawiadowcza Towarzystwa lekarzy galicyjskich odbyła 8. II. b. r. we Lwowie posiedzenie, na którem oprócz szeregu drobnych spraw zajmowała się sprawozdaniem finansowem za r. 1913, rozdaniem zapomóg, sprawami Morszyna i zmianą statutu.

— Z Komitetu lekarskiego polskiego otrzymujemy następujące pismo:

»V. Zjazd czeskich lekarzy i przyrodników odbędzie się w Pradze w czasie od 29. kwietnia do 3. maja b. r. Prezes komitetu urządzającego, prorektor czeskiego uniwersytetu Prof. F. Vejdovsky i jener. sekr. Prof. uniw. Dr Slavik przysłali dla polskich lekarzy i przyrodników zaproszenia. Koledzy, pragnący w powyższym zjeździe wziąć udział, zechcą się zgłosić po program i karty zgłoszenia do sekretarza polskiego komitetu lekarskiego, Prof. Dr Ciechanowskiego, Kraków, Wolska 28.

Prezes komitetu lekarskiego polskiego: Prof. Dr Bol. Wicherkiewicz«.

— Dyplom doktorski uzyskali w Krakowie pp. Witalis Arpad Konstanty Pikulski z Leżachowa w Galicyi i Ernest Grosser z Kęt.

— Zarząd Biblioteki Tow. lekarskiego krakowskiego składa JWPanu Radcy dworu Prof. Dr Wicherkiewiczowi serdeczne podziękowanie za czasopisma bibliotece ofiarowane. — Dr M. Blassberg, bibliotekarz.

— Otrzymujemy następujące pismo:

»Celem podniesienia swego działu broszurowego do poziomu bibliotecznego zwraca się Towarzystwo biblioteki medyków w Krakowie z prośbą do wszystkich PP. Autorów, ogłaszających prace naukowe z zakresu medycyny i nauk pokrewnych — w broszurach, sprawozdaniach, odbitkach lub innych publikacyach, aby zechcieli łaskawie przesyłać po jednym egzemplarzu do Biblioteki medyków w Krakowie, ul. Kopernika l. 12.

Tą drogą prosimy również Szanowne Redakcye polskich czasopism lekarskich o ogłoszenie niniejszej prośby«.

— Walne Zgromadzenie Związku lekarzy rządowych w Galicyi odbędzie się 16 i 17 lutego 1914 we Lwowie. Przedmiotem obrad będą następujące tematy: 1) O zwalczaniu chorób zakaźnych według nowej ustawy z dnia 14. kwietnia 1913; referent kraj. inspektor sanitarny Dr Adolf Kuhn. 2) Braki i niedomogi nowej ustawy o tłumieniu chorób zakaźnych, szczególniej z uwzględnieniem Galicyi; referent starszy lekarz powiatowy Dr Władysław Czyżewicz. 3) Kilka słów o tyfusie plamistym, starszy lekarz powiatowy Dr Bory. 4) O badaniu uszkodzonych robotników wskutek wypadków, Dr Bronisław Skałkowski, lekarz naczelny Towarzystwa ubezpieczeń. Oprócz tego załatwione będą sprawy administracyjne.

— Na pomnik Karola Marcinkowskiego złożyli w Redakcyi »Przeglądu lekarskiego«: Rektor U. J. Prof. Dr Kostanecki 40 kor., Prof. Dr Wrzosek (Kraków) 20 kor., p. Adamowa Wrzoskowa 20 kor., Prof. Dr A. Bednarski (Lwów) 10 kor. — Razem z poprzedniemi złożono dotąd 270 kor.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 25. I. do 31. I. 1914 zgłoszono przypadków: błonicy 2 † 1 (obcych — † 1), krztuśca 3 † 1 (— † —), ospy wietrznej 1 † — (— † —), płonicy 6 † 4 (— † —), gorączki połogowej 2 † 2 (1 † 1), róży 1 † 1.

Dr Janiszewski.

Poznań. Wydział lekarski Towarzystwa przyjaciół nauk w Poznaniu wybrał na r. 1914 prezesem dr St. Łazarewicza, wiceprezesem dr Tad. Dembińskiego, sekretarzem dr K. Nowakowskiego, a wicesekretarką dr J. Żniniewiczównę.

Warszawa. Na porządku dziennym posiedzenia Wydziału III Towarzystwa naukowego warszawskiego w d. 5. II. 1914 znajdowały się m. i. następujące komunikaty: 1) B. Karbowski: O ropnych sprawach błędnika pochodzenia oponowego wywołanych w drodze doświadczalnej. 2) J. Sosnowski: O przebiegu prądu elektrotonicznego w kernleiterach.

Ruch chorych zakaźnych w szpitalu im. Karola i Maryi dla dzieci w Warszawie. Od 11. I. do 25. I. r. b. przyjęto do szpitala przypadków: płonicy 7 † —, błonicy 3 † 1, krztuśca 1 † —, zapalenia płuc 2 † —, gruźlicy płuc 1 † —, tężca 1 † —. Do ambulatoryum szpitalnego zgłosiło się w tymże czasie przypadków: płonicy 1, odry 2, krztuśca 4. Dr. Brudziński.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 26. I. do 9. II. 1914. przypadków: ospy 2 † —, płonicy 5 † 1, róży 2 † —. Dr Trenkner.

Z różnych stron. Słynny neurolog, Dr Józef Babiński w Paryżu, został wybrany członkiem francuskiej Akademii lekarskiej.

Mianowani: dr Otto Hewelke, naczelny lekarz szpitala wolskiego w Warszawie, rzeczywistym radcą stanu.

Zmarli. Dr Jan Branik, ordynator szpitala miejskiego, w Odessie, w 48 r. ż.; dr Bronisław Skibniewski w Lublinie w 48 r. ż.; dr Maryan Józef Szaniawski w 28 r. ż. w Warszawie; dr Franciszek Sękiewicz, lekarz pow. w Buczaczu w 47 r. ż.; Dr Adam Mincer, urolog znany z prac, które w tym zakresie ogłaszał, ordynator szpitala św. Ducha w Warszawie, w 46. r. ż.

Odpowiedzi od Redakcyi. Er — Es. Osobnej nowszej polskiej monografii niema; odpowiednie obszerne rozdziały znajdują się jednak w dziele: »Nauka o chorobach wewnętrznych« prof. Jaworskiego (Kraków 1905).

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się we środę d. 18. lutego 1914 w domu Towarzystwa (Radziwiłłowska 4). o godz. 6 wieczorem. Na porządku dziennym: 1) Prof. Wachholz: a) O szkielecie wygrzebanym na Wawelu w czerwcu 1913. b) Kilka słów o nowej sekcie religijnej. 2) Demonstracye chorych z klinik U. J.

HUNYADI JÁNOS
GORZKA WODA NATURALNA
NAJLEPSZY ŚRODEK CZYSZCZĄCY
ZWRACAĆ UWAGĘ NA FIRMĘ ANDREAS SAXLEHNER NA KAŻDEJ ETYKIECIE

Dr Bronisława Korabczyńska
kierowniczka zakładu radiologicznego szpitala św. Łazarza w Krakowie
otworzyła 294
zakład rentgenowski dla dyagnostyki i terapii
przy ul. karmelickiej 20 I. — Godziny ordyn. 3—5 popoł.

NATURALNA SÓL SZPRUDLA
jest jedynie prawdziwą solą KARLSBADU
Zastrzega się przed falsyfikatami 147

Szczawa Krondorfska
uznana za najlepszą i naturalną
Najlepsze skutki w nieżytach żołądka i pęcherza, jakoteż dróg oddechowych. 205
Prospekty rozsyła na żądanie Brunnen-Unternehmung Krondorf bei Karlsbad lub też Generalna reprezentacya dla Galicyi i Bukowiny, Kraków, Grodzka 48. Lwów, Sykstuska 31.

MATTONI'EGO SÓL MUŁOWA

z leczniczego mułu - Soos pod Franzensbadem. :: Naturalne zastępstwo kąpieli mułowych w domu. Zastosowanie podług przepisu lekarskiego. Żądać zawsze MATTONI'EGO SOLI MUŁOWEJ. ©

Rok LIII. Kraków, dnia 21 lutego 1914 Nr 8.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z oddziału chorób wewnętrz. szpitala krajowego w Sarajewie.

Kilka uwag i spostrzeżeń o nerwicach wegetatywnych.

Skreślił

Prof. Dr L. Korczyński.

Pojęcie nerwic wegetatywnych, co do istoty swojej nie nowe, oznacza jednak, o ile chodzi o formę, pewien postęp w rozwoju naszych zapatrywań na powstawanie wielu zaburzeń w przebiegu spraw fizyologicznych, dla których brakuje wyraźnego tła anatomicznego. Mieści się w niem zbiorowe określenie całego szeregu t. zw. nerwic narządowych.

Postęp nie byłby jednak ani tak wielki, ani nie miałby głębszego znaczenia, gdyby się zasadzał na samej tylko zmianie nazwy. Istotę jego stanowią usiłowania, zmierzające do tego, aby zaburzenia czynnościowe rozjaśnić nietylko ze stanowiska topograficznego, ale także ze stanowiska ogólnego fizyologicznego. Uwydatni on się dorażnie, gdy wskażemy, jako jego źródło, rozwój naszych wiadomości o wegetatywnym układzie nerwowym, oparty na badaniach fizyologicznej szkoły angielskiej z Langleyem na czele. Badania te, posługujące się hormonami (drażnikami) farmakodynamicznymi, rozszerzane stopniowo coraz bardziej, doprowadziły przez poznanie odczynów nerwów wegetatywnych wobec t. zw. wybiórczych trucizn do bardzo dokładnego rozczłonkowania także i samorodnych wpływów nerwowych na czynność całego szeregu narządów, a temsamem do lepszego poznania ich unerwienia. Sprawa t. zw. automatyzmu narządowego, powstawanie, przebieg i rozmiary pracy fizyologicznej, a nawet zjawiska jej kolejności i objawy wzajemnych wpływów czynnych narządów rozjaśniły się przez to niemało. Równocześnie z tem uwydatnił się bardzo wyraźnie fizyologiczny antagonizm między dwiema grupami nerwów, tworzących razem układ wegetatywny, między grupą współczulną i grupą autonomiczną. Ten antagonizm, odpowiednio pomiarkowany, jest w ostatniej instancyi niezbędnym warunkiem prawidłowego przebiegu wszystkich spraw fizyologicznych.

Aby zadania swoje spełniać należycie, muszą oba rodzaje nerwów wegetatywnych posiadać stale pewien zapas energii biologicznej, znajdować się w stanie fizyologicznego napięcia, zapewne niezawsze jednakowego co do stopnia i rozciągłości, ale istniejącego zresztą trwale. Jest ono potrzebne nietylko na to, aby przy działaniu biologicznych podniet powstawały z nerwów czynne podniety dla narządów wykonawczych, ale i na to, aby każdej chwili zaznaczyć się mogły w miarę potrzeby wpływy hamujące. Inaczej nie byłoby niezbędnej równowagi i zborności fizyologicznej, powstaćby musiał czynnościowy bezład. Wszak i w życiu psychicznem odgrywają także hamujące wpływy ogromną rolę. Tam, gdzie ich nie ma, gdzie wrażenia zewnętrzne i wyobrażenia duchowe wzniecają niekontrolowane uczucia, przychodzi do wypaczania życia psychicznego, z którem spotykamy się stale w histeryi. Taka »sit venia verbo« wegetatywna histerya musi być następstwem braku wzajemnej kontroli wegetatywnych antagonistów.

Z chwilą, kiedy jako logiczne następstwo naszych zapatrywań o roli nerwów wegetatywnych powstało pojęcie ich napięcia fizyologicznego, zrodzić się musiało pytanie, od czego to napięcie zależy, gdzie szukać należy czynników, które je wzniecają i utrzymują. Odpowiedź na nie nie jest bynajmniej łatwa i prosta. A raczej, powiedzmy otwarcie, bezspornej dać jeszcze nie umiemy. Nie mamy jeszcze tyle pewnych wiadomości niewzruszonej wartości naukowej, aby silnie oprzeć się na nich. Nie popełnimy jednak, jak sądzę, błędu, jeśli zaznaczymy, że wchodzi tu w grę więcej czynników, a nie jeden tylko.

Hołdując prądom, najbardziej rozpowszechnionym, należałoby w rzędzie tych czynników postawić na pierwszem miejscu drażniki czysto biologiczne, czyli t. zw. hormony. Mówiliśmy o nich niedawno i o ich stosunku do nerwów wegetatywnych[1]). Powtarzać tego wszystkiego nie będziemy. Zaznaczymy tylko ogólnikowo, że w wynikach licznych prac czysto doświadczalnych i w spostrzeżeniach klinicznych mamy jednak pewne podstawy, aby sądzić, że niektóre gruczoły, obdarzone, jak przypuszczamy, własnością wydzielania wewnętrznego, wywierają wpływ tonizujący na nerwy wegetatywne. Ale od stwier-

[1]) L. Korczyński. O hormonach wegetatywnego układu nerwowego ze stanowiska nauki o wydzielaniu wewnętrznem. Przegl. lek. 1913.

dzenia tych faktów daleko jeszcze do tego, aby cała ta sprawa przedstawiała się zupełnie jasno.

Przyjmując za istotną nawet przyczynę napięcia nerwów wegetatywnych działanie drażników chemicznych w tem rozumieniu, w jakiem to czyni nauka o wydzielaniu wewnętrznem, liczyć się w każdym razie trzeba z faktem, że gruczoły hormonotwórcze są zaopatrzone w gałązki współczulne i autonomiczne i że same podlegać muszą niewątpliwie w wysokim stopniu wpływom, działającym drogą nerwów wegetatywnych. Między układem nerwowym a gruczołami zachodzi stosunek biodynamicznej wzajemności. Uwydatnił go bardzo wyraźnie Ehrmann, używając dla określenia całokształtu fizyologicznych podniet życiowych nazwy »neurochemismus«. Pobudzenie nerwowe podnieca lub hamuje czynność pewnych gruczołów, może tylko pewnych składających je komórek, a naodwrót wytwórczość gruczołów, zmieniająca się już w zupełnie prawidłowych warunkach w rozmaity sposób, wywołuje zmiany w fizyologicznem napięciu nerwów. Sprawa tego neurochemizmu nie jest i nie może być zupełnie prosta. Wiemy o tem dobrze, że czynności fizyologiczne są bardzo dokładnie uporządkowane, wiemy także, że drobiazgowa budowa wegetatywnego układu nerwowego nie jest ściśle jednolita; komórki zwojowe tych samych zwojów, a tembardziej zwojów innych różnią się między sobą budową i wejrzeniem, a więc niewątpliwie także przeznaczeniem. Zupełnie logicznym wydawać się musi wniosek, że organotropijne drażniki, działające na te przeróżne komórki, muszą być swym składem, albo raczej swojemi biodynamicznemi własnościami bardzo dokładnie dostosowane. Za słusznością tego przypuszczenia przemawiają w każdym razie doświadczenia farmakodynamiczne z truciznami, działającemi wybiórczo na nerwy wegetatywne. Pomimo wspólnej zasadniczej organotropii pewnej grupy tych trucizn powstają jednak różne skutki. Pilokarpina, ezeryna, muskaryna, należą do jednej farmakodynamicznej grupy trucizn autonomicznych. A jednak następstwa drażnienia przez nie, powstające w układzie n. błędnego, nie są jednakowe. To samo odnieść można i do działania wyciągów z gruczołów, które posiadają wyraźną neurowegetatywną organotropię. Dość wskazać na różnice, jakie widzimy po wstrzykiwaniach nadnerczyny, soku z tarczycy lub z nerwowej części przysadki mózgowej, aby zapomocą przykładu uwydatnić różnicę wpływów, wywieranych przez grupę ciał, którym wielu badaczy przypisuje wspólne sympatykotropijne własności. — Określić dokładniej istotę tych różnic, wniknąć w tajemnicę subtelnego fizyologicznego powinowactwa między komórkami zwojowemi, zakończeniami wychodzących z nich włókien nerwowych i połączeniami nerwowonarządowemi a zróżniczkowanymi hormonami, o to nie możemy się jeszcze niestety nawet pokusić.

Niemałą trudność sprawia jeszcze rzecz inna, sprawa biodynamicznej poliwalencyi wyciągów gruczołowych. Niemal żaden z nich nie jest ciałem jednolitem. Przedstawiają one raczej mieszaninę ciał, ściślej biorąc mieszaninę hormonów o różnych organotropijnych własnościach. A różnorodność ta tak jest daleko posunięta, że wyciągi z jednego i tego samego gruczołu posiadają zdolność pobudzania współczulnego i autonomicznego. Klasycznym przykładem są pod tym względem wyciągi i przetwory z tarczycy. Jak się dzieje samorodnie, o tem dokładnego pojęcia nie mamy. W każdym jednak razie przypuszczać wolno, że i w tych warunkach wytwórczość gruczołów, dostarczających hormonów, nie jest jednolita ani pod względem jakościowym, ani ilościowym, ani prawdopodobnie — także stosunkowym, o ile chodzi o bliższy dynamochemiczny skład przypuszczalnej wydzieliny.

Poza tem podnieść jeszcze trzeba wzajemne wpływy narządów hormonotwórczych (correlatio hormonopoëtica), które w ostatnich latach, głównie dzięki pracom szkoły wiedeńskiej, wielkie obudziły zajęcie. Starano się nawet ująć je w pewien schemat, biorąc za podstawę działania, wywierane przez wyciągi gruczołowe na przemianę materyi. Usiłowania te, świadczące niewątpliwie o pomysłowości i o zmyśle syntetycznym badaczy, którzy je podjęli, ułatwiają zapewne zasadniczo ugrupowanie narządów, dostarczających przypuszczalnych hormonów, które mają za zadanie nadawać i utrzymywać krzepkość wegetatywnego układu nerwowego, ale nie wiodą jeszcze bynajmniej do zupełnego rozjaśnienia różnych zagadnień, złączonych z badaniami spraw wegetatywnych. Na podstawie doświadczeń, które dostarczyły dla nich materyału, można tylko tyle wnosić, że między wyciągami gruczołowymi zachodzą stosunki biodynamicznego synergizmu z jednej, antagonizmu z drugiej strony, a dalej, że takie współdziałanie i przeciwdziałanie nie jest powszechne, lecz ogranicza się do niektórych tylko czynności wegetatywnych. Wynika z tego, że szeregowanie gruczołów, których sok wywiera w tym lub w owym kierunku mniejszy lub większy wpływ na sprawy fizyologiczne, stojące w ściślejszym związku z wegetatywnym układem nerwowym, według ich biodynamicznych własności nie może być zupełnie ściśle naukowo uzasadnione. A jeśli się jednak tak dzieje, to podziały uważać wolno tylko za wyraz usiłowań, zmierzających do zaprowadzenia pewnego porządku czy systemu w rzeczach, które trzeba dalej i dokładniej jeszcze badać. Innego znaczenia, jak tylko czysto schematyczne, przypisywać im nie można. I tak, a nie inaczej pojmować trzeba schemat, nakreślony przez szkołę wiedeńską, w którym widzimy przeciwstawione sobie gruczoły o własnościach sympatykotropijnych i wagotropijnych. Nie zmniejsza to zresztą praktycznej wartości samego schematu jako środka, służącego do łatwiejszego oryentowania się w wynikach badań organoterapeutycznych.

Współczesna nauka o hormonach gruczołowych nie wyczerpuje jeszcze bynajmniej sprawy samorodnych fizyologicznych drażników. Znaczyłoby to narażać się na zupełnie uzasadniony zarzut jednostronności, gdybyśmy pomijać chcieli milczeniem bardzo zajmujące badania Popielskiego i jego uczniów, oraz oparte na nich zapatrywania, które z innego punktu widzenia ujmują i oświetlić pragną sprawę ustrojowych podniet wegetatywnych.

Popielski [2]) nie godzi się z teoryą Starlinga o hormonach, nie uznaje swoistości wydzielin wewnętrznych gruczołowych, a nawet sam fakt wydzielania wewnętrznego, jako sprawy fizyologicznej, podaje w wątpliwość. Szkoła

[2]) L. Popielski. Die Theorie der Hormone und innere Sekretion. Klinisch-therapeutische Wochenschrift 1913, Nr 38.

lwowska przyjmuje istnienie w ustroju dwóch tylko związków, posiadających własności bodźców fizyologicznych. Jeden z nich nazywa wazodylatyną, drugi hipertenzyną. Wytwarzanie ich nie stanowi wyłącznej właściwości jednego tylko narządu, lub pewnej grupy narządów, gdyż wykryć je można wszędzie, nie wyłączając krwi. Ten ostatni szczegół, t. j. obecność wazodylatyny i hipertenzyny w krwi posiada, w myśl zapatrywań Popielskiego na działania drażników biologicznych ustrojowych, pierwszorzędne znaczenie. Opierając się na nim, można dwom tym ciałom przypisywać rolę czynników biodynamicznych w pojęciu rzeczywiście fizyologicznem. Porównując ich działanie z działaniem znanych farmakodynamicznych bodźców wegetatywnych, wypada wazodylatynę zaliczyć do rzędu drażników wagotropijnych, wazohipertenzynę do rzędu drażników sympatykotropijnych. Pierwsza byłaby wobec tego przedstawicielką hipotetycznej autonominy, której istnienia domyślają się Eppinger i Ress, drugą uważaćby można za dynamobiologiczny synonim nadnerczyny.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Leczenie błonicy surowicą swoistą

(Dalszy przyczynek [1]).

podał

Dr. W. Puławski (Radziejów).

W roku ubiegłym, 1913, leczyłem 19 przypadków błonicy gardła i krtani surowicą swoistą z pracowni warszawskiej Dra Palmirskiego (następnie warszawskiego Towarzystwa naukowego).

Stosownie do charakteru przebiegu klinicznego grupowały się one jak następuje: 1) angina diphtheritica — przypadków 6; 2) laryngitis — 5; 3) angina c. laryngitide — 8, czyli ogółem przypadków z powikłaniami krtaniowemi było 13, t. j. 68,4% ogólnej liczby. Nie dały one ani jednego zejścia śmiertelnego. Względnie wysoki odsetek powikłań krtaniowych tłómaczę sobie tem, że przeważna część chorych szukała pomocy lekarskiej nieco później, jak to wykazano poniżej, przy ugrupowaniu przypadków co do dnia choroby, w którym surowica została zastosowana. Przytem pomocy lekarskiej szukano wogóle nieco ociężale, a to z powodu bardzo niefortunnego pod każdym względem dla rolników roku, a jeszcze więcej może z powodu nadzwyczajnie złych dróg, które przez całą wiosnę, a szczególnie później, od sierpnia, zaczęły się tak pogarszać, że w drugiej połowie października, przez listopad i grudzień stawały się dla słabszych koni i lichszych wozów i bryczek wprost nie do przebycia. Mniemam przeto, że z tego powodu w pewnej liczbie przypadków błonicy, zwłaszcza lżejszych, nie szukano wcale pomocy lekarskiej, natomiast przypadki cięższe lub powikłane objawami krtaniowymi tem samem garnęły się do niej mniej pospiesznie z powodu nasuwających się przeszkód. Przypadki spostrzegane pod względem swego przebiegu klinicznego miały charakter łagodniejszy, co odpowiadało ogólnemu stanowi zdrowotności, cechującemu się małą liczbą przypadków chorób zakaźnych wogóle. Oprócz kilkudziesięciu przypadków krztuśca, o natężeniu średniem, i niezliczonego mnóstwa przypadków odry, o przebiegu przeważnie zupełnie łagodnym, prawie żadnych innych chorób nagminnych nie było ani w samym Radziejowie, ani w jego okolicy najbliższej. W miesiącu październiku w jednej rodzinie żydowskiej zdarzyły się trzy przypadki płonicy o przebiegu nader łagodnym i bez powikłań. Po bliższych i dokładniejszych wywiadach okazało się, że dwie starsze osoby z rodziny tej przez kilka tygodni były w Łodzi, Kutnie i Włocławku, mając tam styczność z krewnymi, w rodzinach których były dzieci chore na płonicę. Najwidoczniej, iż stały się one po powrocie z podróży przenosicielami zarazków do swojej rodziny w Radziejowie. Od tego czasu, po upływie już przeszło dwóch miesięcy, ani jednego nowego przypadku nie było, ani w miasteczku, ani w najbliższej jego okolicy.

Porównując dane liczbowe, choć tak małe, z roku ubiegłego z dawniej otrzymanemi co do przypadków, leczonych surowicą, widzimy:

Rok	Ogólna liczba przypadków	Liczba przypadków śmiertelnych	Dtto w %	Liczba przypadków krtaniowych	Dtto w %	Śmiertelność ich w w %
1913	19	0	0	13	68,4	0
1895—1912	815	49	6	449	55	10,9
1895—1913	834	49	6	462	55,4	10,6

Wszystkie spostrzegane przypadki grupowały się, jak następuje:

I. Co do płci: 1) chłopców 12, 2) dziewcząt 7.

II. Co do wieku chorych:

Od 0—1 roku — 1 przypadek
1—2 lat — 4 przypadki
3—4 lat — 2 przypadki
4—5 lat — 5 przypadków
5—6 lat — 2 przypadki
6—7 lat — 3 przypadki
8—9 lat — 1 przypadek
10—11 lat — 1 przypadek

III. Co do dnia choroby, w którym surowicę wstrzyknięto:

A) Wszystkie przypadki wogóle	B) Przypadki krtaniowe
1—2	1—2
2—2	2—2
3—7	3—5
4—5	4—3
5—3	5—1

IV. Co do ilości wstrzykniętej surowicy:

A) Wszystkie przypadki wogóle	B) Przypadki krtaniowe
1000 jedn. ochr. — 1	1000 jedn. ochron. — 1
2000 » » — 16	2000 » » — 11
3000 » » — 2	3000 » » — 1

V. Co do wielokrotności dawek:

1) jednorazowo 17
2) dwukrotnie 2

[1]) Patrz Przegl. lekarski 1913. Nr. 27.

VI. Co do objawów posurowiczych:

Łagodność, cechująca wszystkie przypadki, i pod tym względem również wycisnęła swe piętno. Tylko w jednym przypadku u dziewczynki trzyletniej, chorej już siódmy dzień na rozległe dyfterytyczne zapalenie gardła z objawami zapalnymi w nosie i uszach przy twardych i dużych gruczołach szyjnych, po wstrzyknięciu 3000 jedn. ochron. w objętości 15 ctm. sześc. surowicy Palmirskiego, w dwóch dawkach: na siódmy (2000 jedn. ochron.) i na ósmy dzień choroby (1000 jedn. ochron.), zjawiła się dziewiątego dnia po wstrzyknięciu pokrzywka, rzadka, mało swędząca, zaledwie dostrzegalna, trwająca przez kilka godzin.

W drugim przypadku wstrzyknięcia 3000 jedn. ochron. u dziewczynki półtorarocznej, chorej na błonicę gardła i krtani, przyczem na trzeci i czwarty dzień choroby wstrzyknięto 2000 i 1000 jedn. ochron. w objętości 6·8 i 3·4, czyli razem 10·2 cm^3 surowicy warszawskiego Towarzystwa naukowego, objawów wysypkowych, pomimo bardzo starannego poszukiwania i częstych oględzin, nie dostrzegłem. Zatem odsetka wysypek posurowiczych zaledwie przechodziła 5% ogólnej liczby. Żadnych innych powikłań nie spostrzegałem. Przypadków reinjekcyi w roku ubiegłym nie miałem.

Oceny i sprawozdania.

Christoph Müller: **Leczenie raka.** (Die Krebsbehandlung) Monachium 1914. (Nakład Lehmana, cena 1·80 mk). Autor porusza w trzech wykładach, wygłoszonych w Towarzystwie lekarskiem monachijskiem i ujętych następnie w osobną monografię, sprawę leczenia raka z punktu widzenia energii promieniującej. Pomija, jak na wstępie zaznacza, leczenie chirurgiczne, które zdaniem jego poza to, czego dokonało, wogóle nie posunie się w walce z rakiem, a to głównie z powodu czysto technicznych trudności. Nie ujmując jednak wcale znaczenia chirurgicznemu leczeniu, w niektórych przypadkach jedynemu, sądzi Müller, że metody leczenia fizyczne, głównie energią promienistą (rad, prądy o wysokiem napięciu, termopenetracya, a zwłaszcza promienie rentgenowskie) mogą w przyszłości doprowadzić do najlepszych wyników leczniczych. Że nadzieje pokładane w tych metodach są uzasadnione, świadczą o tem dotychczasowe wyniki.

W pierwszym rozdziale omawia autor fizyczne i biologiczne własności energii promieniującej, a więc trzy rodzaje promieni α, β, γ, wspólne zresztą tak promieniom Roentgena, jakoteż i promieniom ciał promieniotwórczych (rad, mesotor i t. p.), a różniące się zasadniczo tem, że promieniowanie rentgenowskie odbywa się w próżni i jest sztucznie wywołane, zaś promieniowanie ciał promieniotwórczych odbywa się samo z siebie w atmosferze.

Promienie α, naładowane dodatnią elektrycznością, odznaczają się głównie zdolnością wywiązywania dużej ilości ciepła, łatwo ulegają absorbcyi przez powierzchowne warstwy, przyczem tracą swą elektryczność i udzielają jej innym atomom, co sprawia, że wywiązują własności jonizacyjne; przy tem wszystkiem nie posiadają prawie wcale wnikliwości (zdolności penetracyjnej). Promienie β czyli elektrony właściwe, ujemnie naładowane, tysiące razy mniejsze niż α, o nadzwyczajnej szybkości, dorównującej prawie szybkości światła (u radu), wnikają łatwo w materyę i ulegają przytem rozproszeniu, stając się punktem wyjścia dla powstawania wtórorzędnych promieni β o podobnych własnościach, jak promienie pierwotne. Promienie γ, identyczne z promieniami Roentgena, różnią się od α i β tem, że nie są naładowane elektrycznie, posuwają się prostolinijnie i ulegają, przechodząc przez materyę, absorbcyi; przytem mają też tę szczególną własność, że mogą wytwarzać wtórorzędne promienie o własnościach równych promieniom β. Badania stwierdzają, że zjawiska wywołane przez promienie Roentgena (jonizacya, fluorescencya, działanie fotograficzne i t. p.) nie pochodzą od samych promieni γ, lecz wyłącznie od wtórnych promieni β. Fakt ten ma ogromne znaczenie dla badań biologicznych: w celach leczniczych wchodzą w rachubę jedynie promienie γ, inne zaś, t. j. α i β, staramy się usunąć przez filtrowanie, a to z powodu niebezpieczeństwa oparzenia ciała naświetlanego.

Biologiczne działanie promieni na komórkę tłómaczy się zdolnością jonizacyjną promieni, dzięki której odczyny chemiczne, jakoteż rozpad tkanek naświetlanych ulegają znacznemu przyspieszeniu; zjawiska te są wtórnie wywołane przez proces fizyczny, promienie bowiem same, wnikając do tkanki, nie wprowadzają w nią wcale energii chemicznej. Dla wytłomaczenia biologicznego działania promieni podaje autor teoryę, która w krótkich słowach przedstawia się następująco: W komórce znajduje się szereg związków lipoidalnych, zawierających głównie lecytynę, które pod wpływem promieni β rozpadają się. Produktem rozpadu jest cholina, silna trucizna tkankowa, która sprawiając zaburzenia w czynnościach zaczynów komórkowych, wywołuje rozpad komórek. O tem, że tłómaczenie to jest uzasadnione, świadczą badania Wernera i Aschera, którzy wstrzykując cholinę pod skórę wywoływali po kilkodniowym okresie utajenia ograniczone zapalenia skóry, bardzo podobne do oparzeń promieniami Roentgena. Również i objawy zatrucia choliną, opisywane przez powyższych autorów (ślinotok, nudności, wymioty, biegunki, zawroty, osłabienie, bicie serca i t. p.), odpowiadają najzupełniej objawom, jakie spostrzega się po silnem naświetlaniu promieniami Roentgena guzów nowotworowych u chorych. Wynikałoby stąd zatem, że działanie promieni Roentgena i działanie choliny na komórki są identyczne. Stopień działania promieni jakoteż wrażliwość komórek na nie będą zależne, jak sądzi autor, od ilości lecytyny wzgl. choliny, pochodzącej z rozpadu lecytyny, oraz od łatwości jej rozpadania się. Badania doświadczalne, wykazujące, że tkanki nowotworowe zawierają duże, może największe ilości lecytyny, tłomaczą istotnie wielką ich wrażliwość na działanie promieni i stwierdzają wiarygodność przypuszczeń autora. Promienie Roentgena (prom. γ) zatem, które same nie mają ani fizycznych ani biologicznych własności, działają jedynie tylko przez wywoływanie w tkankach promieni β, które, posiadając wielką zdolność jonizacyjną, przyspieszają sprawy rozpadowe chemiczne, więc w pierwszej linii rozpad lipoidów w tkankach, w których ulegają wessaniu.

W rozdziale drugim, poświęconym radyoterapii nowotworów złośliwych, omawia autor sprawę powstawania nowotworów, warunki ich rozwoju, przyczem rozróżnia miejscową i humoralną skłonność ustroju, ułatwiającą rozwój nowotworów, jakoteż wzmożoną jadowitość (aggressivitas) nowotworów i zmniejszoną zdolność obrony (defensivitas) tkanek. Z punktu widzenia klinicznego i leczniczego rozróżnia autor 1) nowotwory, które od początku mają charakter miejscowy, nie wiodą do przerzutów i nie wywołują zaburzeń ogólnej przemiany materyi; te dają główne pole działania leczeniu chirurgicznemu; 2) nowotwory z przerzutami i charłactwem, o rokowaniu bardzo niekorzystnem, które chirurgicznie leczyć się nie dają; w tych przypadkach leczenie energią promieniotwórczą ewent. w kombinacyi z chemoterapią jeszcze może osiągnąć pewne wyniki, należy go zatem zawsze próbować. Wielkie znaczenie w radyoterapii nowotworów złośliwych przypisuje autor teoryi Schwarza, według której jedna i tasama tkanka zależnie od stopnia wypełnienia krwią posiada różny stopień wrażliwości na działanie promieni Roentgena, tkanka więc przekrwiona jest

wrażliwsza, niż tkanka niedokrwiona. Autor wiąże tę teoryę ze swem tłomaczeniem o rozpadzie lecytyny i tworzeniu się choliny, które to sprawy o wiele łatwiej odbywają się w tkankach przekrwionych, zwłaszcza że, według autora, wszelkie sprawy wsteczne i rozpadowe w nowotworach rozpoczynają się wśród wzmożonego dopływu krwi. Teorya Schwarza znalazła praktyczne zastosowanie w radyoterapii w sposobach zniedokrwienia tkanek naświetlanych.

Główne zadanie techniki naświetlań nowotworów polega na tem, by 1) odpowiednią ilość promieni wprowadzić do danego ogniska chorobowego, 2) równocześnie zaś tkankę zdrową, otaczającą lub pokrywającą nowotwór, uchronić od szkodliwego działania promieni. Bardzo łatwem okazuje się to postępowanie przy nowotworach leżących na powierzchni ciała, trudniej przedstawia się sprawa przy guzach głębiej leżących. Dla uniknięcia więc następstw szkodliwego działania promieni staramy się w tkance zdrowej, pokrywającej nowotwór, wywołać niedokrwienie i przez to uczynić ją mniej wrażliwą na działanie promieni. Schwarz uzyskiwał to przez ucisk zapomocą opasek lub kompresów powietrznych, Reicher stosował w tym celu adrenalinę. Autor ucieka się do stosowania prądów o wysokiem napięciu, które wywołują tak silne zniedokrwienie skóry, że może zastosować potrójną dawkę rumieniową (Erythemdosis). Do tego samego celu zdąża filtrowanie promieni, t. zn. usuwanie przez płyty aluminiowe promieni miękkich, α i β, przez co uzyskuje się to, że tylko twarde promienie γ, nie pochłonięte, wnikają w głąb tkanki. Z metodą naświetlania głębokiego rozwinęła się równocześnie metoda naświetlania poszczególnych pól (Felderbestrahlung), która wyszła z zasady naświetlania ogniem krzyżowym (Kreuzfeuerbestrahlung). Ten skombinowany sposób naświetlania znalazł zastosowanie przedewszystkiem w leczeniu włókniaków macicy i daje ogromne wyniki. Sposoby dawkowania promieni omawia autor bardzo pobieżnie, a z metod różnych zachwala dawkowanie metodą Kienboecka; wspomina dalej o objawach ogólnych, spostrzeganych niejednokrotnie u chorych naświetlanych, o objawach intoksykacyjnych, które odnosi, jak wyżej wspomniano, do zatrucia choliną; zwraca też uwagę na jeden szczegół w leczeniu, mianowicie ten, że często przestaje się naświetlać zawcześnie, gdy w nowotworze jeszcze nie nastąpił odczyn na szereg naświetlań. Zdarza się często, o czem pamiętać należy, że guzy nowotworowe okazują różną szybkość wzrostu. Jedne, mające charakter bardziej miejscowy o miernej skłonności do rozrostu, oddziałują wkrótce na naświetlania i zmniejszają się względnie znikają, inne, szybko i energicznie rosnące, niejednokrotnie mogą nawet mimo naświetlań róść dalej, co jednak nie powinno zrażać lekarza. W takich przypadkach należy cierpliwie po szeregu przerw naświetlać energicznie w dalszym ciągu i niejako zmusić guzy nowotworowe do rozpadu; niejednokrotnie zauważa się, że takie guzy później nagle i szybko zmniejszają się.

Wszystko, co dotąd powiedziano o promieniach Roentgena, odnosi się do promieni ciał promieniotwórczych (rad, mesotor) z tą różnicą, że w tej dziedzinie mniej mamy jasnych danych, a doświadczenie kliniczne także jeszcze jest szczupłe. Taksamo przy leczeniu temi ciałami staramy się usuwać promienie miękkie zapomocą osobnych urządzeń filtrowych, może nawet jeszcze dokładniej, niż przy promieniach Roentgena. Główną zaletą stosowania promieni radu i mesotoru jest to, że 1) źródło promieniowania można wprowadzić wprost w tkankę nowotworową, 2) że promieniowanie tych ciał odbywa się we wszystkich kierunkach, a nie w jednym tylko, jak się to dzieje w lampie rentgenowskiej. Zastosowanie radu i mesotoru ogranicza się wogóle tylko do tych przypadków, gdzie preparat może być włożony wprost w guz lub w jego sąsiedztwo, gdzie więc nie potrzeba ochraniać zdrowej tkanki i gdzie absorbcya promieni nie dalej jak na 4 cm wgłąb sięga. A więc stosuje się rad i mesotor w schorzeniach nowotworowych ginekologicznych. Wysokie ceny preparatów ciał promieniotwórczych utrudniają też stosowanie ich w szerszym zakresie, niż dotychczas. Ponieważ jednak technika ostatnich dni wykonuje już lampy Roentgena tak sporządzone, że można je zastosować do jam ciała, a więc wprowadzić źródło promieniowania wprost do nowotworów, można przeto mieć nadzieję, że promienie Roentgena zdołają zastąpić zupełnie promienie ciał promieniotwórczych.

W końcu poświęca autor osobny rozdział metodom leczenia kombinacyjnym, więc wspomina o swej metodzie stosowania prądów o wysokiem napięciu (Hochfrequenz) i termopenetracyi równocześnie z promieniami Roentgena, dalej o sposobach, zmierzających do wyzyskania w celach leczniczych promieni wtórnych, powstających w tkance naświetlanej przez wstrzykiwanie do miąższu nowotworowego różnych metali w postaci koloidalnej, które ułatwiać mają absorbcyę wtórorzędnych promieni i potęgować ich działanie. Dalej omawia autor kombinacye radyoterapii z chemoterapią i uwzględnia tutaj przedewszystkiem cholinę, o której wpływie na rozpad nowotworów wyżej wspomniano. Choliny czystej nie można stosować z powodu jej własności silnie trujących, natomiast cholina borowa czyli borcholina znajduje zastosowanie z wynikiem pomyślnym. Wstrzykuje się ją w ilości od 0·05—0·2 gr. dożylnie. Ta kombinacya leczenia wstrzykiwaniami choliny i naświetlaniami dała praktycznie daleko więcej, niż stosowanie innych środków chemoterapeutycznych, jak elektroselenu, eozynselenu, elektralgolu, elektrokobaltu lub elektrowanadu. W celu zwiększenia dopływu krwi do guzów nowotworowych i przyspieszenia temsamem rozpadu stosownie do wyżej przytoczonych przypuszczeń radzi autor stosować prądy o wysokiem napięciu i termopenetracyę. W końcu zwraca uwagę na to, że w przypadkach nowotworów złośliwych należy pamiętać równolegle z radyoterapią o leczeniu ogólnem, mającem na celu podniesienie sił chorego, o odżywianiu i o wszelkich podobnych czynnikach, które wpływają bezsprzecznie na pomyślny wynik radyoterapii.

Dr Nowaczyński.

Hans Busch. **Phantom der normalen Nase des Menschen.** Drei farbige Tafeln mit sechs Deckbildern und erklärendem Text. Lehmann. München 1914. Cena 3 mk

Według wzoru Brühlowskich nakrywających się obrazów anatomicznych prawidłowego narządu słuchowego, tu z konieczności znacznie powiększonych, podaje Busch na trzech tablicach kolorowanych sześć takich nakrywających się obrazów z przekrojów strzałkowych, przedstawiających stosunki topograficzne tak jasno i plastycznie, iż przemawiają same za siebie. Zresztą dodany tekst uzupełnia niezbędną znajomość anatomii tak dla zrozumienia spraw chorobowych w jamie nosowej i jej zatokach, jak i zabiegów leczniczych.

Przejrzenie tych kilku tablic będzie połączone z korzyścią nietylko dla lekarza, kształcącego się w kierunku specyalnym, ale i dla uczącego się, szczególnie przed kursem klinicznym, gdyż każdy z łatwością pojmie z tych tablic względnie przypomni sobie stosunki opisowej i topograficznej anatomii prawidłowego nosa.

Prof. Dr Aleksander Baurowicz.

I. Mindes: **Rozbiór moczu.** Podręcznik praktyczny analizy moczu, w tłómaczeniu z objaśnieniami i dodatkiem zasad analizy miareczkowej Dr Henryka Malarskiego. Kraków 1914, stron 114, z 71 rycinami. Nakładem J. Henocha, redaktora »Kroniki farmaceutycznej«.

Zaletą dziełka Mindesa jest treściwość, dzięki której nadaje się ono istotnie do podręcznego użytku, zwłaszcza, że tłomacz i wydawca postarali się przez odpowiedni dobór druku i obfite ryciny posługiwanie się dziełkiem ile możności udogodnić. Tłomaczenie jest odpowiednie, choć tu i ówdzie chętnie widziałoby się staranniejsze uwzględ-

nienie polskiego słownictwa (n. p. włóknik nazywa tłómacz wszędzie fibryną i t. p.). Dziełko znajdzie zapewne wielu zwolenników wśród uczniów medycyny i wśród lekarzy.

Z.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Gerhardt: **Ból barku przy zapaleniu opłucnej.** (Münch. med. Woch. 1913 Nr 52). Nierzadkim objawem przy zapaleniu opłucnej, na który jednak za mało zwraca się uwagi, jest ból barku. Zjawia się on albo sam, albo też często wspólnie z bólami powyżej i poniżej przepony, gdyż stąd właśnie podług Mackenziego rozpromienia się wzdłuż nerwu przeponowego aż do korzeni szyjnych. Ta bolesność barku występuje najsilniej z boku i tyłu stawu; ruchy stawu powiększają ból, tak że nie trudno tutaj o pomyłkę w rozpoznaniu z cierpieniem stawu samego. Aspiryna i t. p. leki nie skutkują, a ból trwa nieraz do 14 dni. Najczęściej spotyka się przytem zajęcie dolnych części opłucnej. K.

Roemheld: **Przyczynek do krytyki nowoczesnych kuracyi odtłuszczających zapomocą elektryczności.** (Münch. med. Woch. 1913 Nr. 52). Na podstawie swego doświadczenia R. nie odmawia wprawdzie skuteczności metodzie leczenia otyłości elektrycznością, twierdzi jednak, że sposób ten tylko wspomaga leczenie dyetetyczne, sam zaś nie wiedzie zwykle do celu, ewentualnie skutek jest tylko chwilowy. Nawet sam twórca tej metody, Bergonie, oznaczył ten sposób jako jeden z czynników pomocniczych w leczeniu otyłości, a nie jako sposób wszechstronny. K.

Wacker i Hueck: **Doświadczalna miażdżyca tętnic a cholesterynemia.** (Münch. med. Woch. 1913 Nr 38). Przez sztuczne wywołanie cholesterynemii u królików, trwającej całe miesiące, udało się autorom wywołać zmiany anatomiczne w aorcie, które w zasadzie równały się zmianom, właściwym miażdżycy u ludzi. Doświadczenia autorów wysuwają w ten sposób na pierwszy plan sprawę cholesterynemii w patogenezie miażdżycy ludzkiej. Zagadnienie to nabiera znaczenia tem bardziej, że udaje się zmieniać zawartość cholesteryny we krwi w doświadczeniu na zwierzętach nietylko przez pożywienie, lecz przez pracę mięśniową, wywoływanie duszności, przez pewne trucizny (narcotica) oraz przez adrenalinę, jakoteż przez wycięcie nadnerczy. N.

Borchardt i Bennigson. **Badania cukru we krwi w przewlekłych zapaleniach nerek.** (Münch. med. Woch. 1913 Nr 41). W przypadkach przewlekłego zapalenia nerek, nie powikłanych gorączką lub mocznicą, stwierdza się hyperglikemię lekkiego stopnia głównie w tych przypadkach, w których następuje zatrzymanie NaCl wzgl. N przez chorą nerkę. Przeciwnie, przy prawidłowem wydzielaniu NaCl i N wydzielanie cukru ze krwi jest prawidłowe. Zatrzymanie soli i hyperglikemia mają wspólną przyczynę; oba stany są wywołane przez wzmożone powrotne wessanie NaCl względnie cukru gronowego w kanalikach nerkowych. N.

Zannhäuser i Pfitzer: **O doświadczalnej hyperglikemii u człowieka po wstrzykiwaniach dożylnych cukru.** (Münch. med. Woch. 1913 Nr 39). Autorowie wstrzykiwali dożylnie 7% rozczynu cukru gronowego, a zawartość cukru we krwi badali metodą Banga (Bang: Blutzucker. Wiesbaden, nakł. Bergmanna 1913). Wyniki badań są następujące: Prawidłowy człowiek wydziela już w kwadrans po wstrzyknięciu 20 gr. cukru gronowego kilka dziesiętnych grama w moczu. Wydzielanie cukru w moczu po wstrzykiwaniach większej ilości cukru nie idzie w parze z ilością cukru wstrzykiwanego. Ilość cukru we krwi u człowieka prawidłowego po wstrzyknięciu 500 cm^3 7% rozczynu wraca już po kwadransie do poziomu prawidłowego. U człowieka chorego na wątrobę utrzymuje się hyperglikemia bez cukromoczu całe godziny po wstrzyknięciu. W przypadkach przewlekłego zapalenia nerek hyperglikemia osiąga wysokie wartości z początku, później szybko opada do wartości prawidłowych w przeciągu kwadransa, przyczem cukromocz jest bardzo mały. W cukrzycy w ciężkich przypadkach cała ilość wstrzykniętego cukru zostaje wydzielona, w przypadkach lekkich tylko część, przytem krzywa wydzielania cukru w ciężkich przypadkach nie opada stromo, lecz ciągnie się powoli, w przypadkach zaś lekkich jest podobna do prawidłowych. N.

Ehrmann i Wolf: **Badanie surowicy krwi u dnawych.** (Münch. med. Woch. 1913 Nr 38). Wyniki badań autorów są następujące: Surowica ludzi zdrowych może nawet przy dyecie bezpurynowej zawierać kwas moczowy w ilościach dających się dokładniej oznaczyć. W przypadkach typowej dny można przy dyecie wolnej od puryn również stwierdzić te same wartości $\bar{U}$, co i u zdrowych, lub mniejsze. Z tego też powodu w przypadkach dny nietypowej nie można znaleźć charakterystycznych własności surowicy krwi. Po podaniu atofanu w kilka godzin $\bar{U}$ w surowicy krwi nie ulega zmianom, w jednym tylko przypadku nie dał się oznaczyć. Również i zawartość mocznika i zasad purynowych nie zmienia się istotnie. W czasie napadu dny przy równoczesnem podawaniu atofanu raz stwierdzono znacznie mniejsze ilości $\bar{U}$, niż w kilka dni później przy równej ilości $\bar{U}$ w obu razach. Odwrotnie do całej ilości krwi, w której według Wiechowskiego zawartość zasad purynowych jest 4—10 razy większa, niż zawartość $\bar{U}$, stwierdza się w surowicy krwi kwas moczowy w większej ilości, niż zasady purynowe. Koncentracya jonów H we krwi u chorych dnawych jest w niektórych przypadkach znacznie większa niż u prawidłowych, a nawet u chorych na cukrzycę z objawami śpiączki; stąd też może dojść do zmniejszenia się alkaliczności krwi w dnie. Surowica krwi chorych dnawych miała nieraz wejrzenie lekko tłuszczycowate (lipemiczne). N.

Blum: **Nieżyt szczytów płucnych niegruźliczego pochodzenia.** (Z. f. ärzt. Fortb. 1913 Nr 24). Lekkie stłumienie opukowe, wydłużenie i zaostrzenie się wydechu w obrębie szczytów płucnych, są to objawy doniosłe dla rozpoczynającego się nacieku przy gruźlicy szczytów, nie zapominajmy jednak i o tem, że prawidłowo w prawym szczycie wydech jest głośniejszy i dłuższy niż w lewym, że odgłos opukowy po stronie prawej jest krótszy, niż po stronie lewej, i prawy szczyt sięga trochę niżej, niż lewy. Dlatego też jedynie z objawów podanych wyżej nie należy zaraz rozpoznawać rozpoczynającego się nacieku gruźliczego, jeżeli przytem objawom tym nie towarzyszą odpowiednie wywiady i pewniejsze objawy, wywołane działaniem jadu gruźliczego (niedokrwistość, poty nocne, lekkie wahania ciepłoty, brak apetytu i t. d.). W przypadkach wątpliwych pomagamy sobie czynnościowem badaniem szczytów płuc. Jeżeli w nich niema zmian, to podczas wdechu odgłos opukowy staje się wyższym; o ile czynność szczytów jest upośledzona (naciek, zrosty opłucne), to różnica odgłosu opukowego jest zmniejszona lub zupełnie zniesiona. Objaw Williama w tych przypadkach jest również ujemny, znaczne zmniejszenie się obniżania się dolnych granic płucnych jest ważnym i wczesnym objawem przy gruźlicy szczytów. Nakoniec próbne wstrzyknięcie Tb daje wynik również ujemny. Z ciepłoty wysnuwać wnioski należy bardzo ostrożnie. Starzy klinicyści ciepłotę 37,4°—37,5° uważali jeszcze za prawidłową. Jednostki silne, krzepkie często mają 37,5°; u jednostek zaś słabych ciepłota 37,5° wzbudza już podejrzenie. U chorych gruźliczych łatwo podnosi się ciepłota po ruchu, ale tosamo dzieje się u ludzi otyłych, u neurasteników, u ludzi z przewlekłemi ogniskami zapalnemi w migdałkach, u wielu ozdrowieńców po chorobach ostrych. Grypa i krztusiec często wiodą do następczego nieżytu szczytów płucnych, który

niema nic wspólnego z gruźlicą. Badanie bakteryologiczne przy grypie, dokładne wywiady, brak objawów działania jadu gruźliczego, nakoniec skutki zastosowanego leczenia ułatwią rozpoznanie. Nieżyt szczytów niegruźliczego pochodzenia może być również następstwem ogólnego nieżytu oskrzeli. Mało znany jest niegruźliczy nieżyt szczytów płucnych, który opisał przed kilkoma laty Krönig, t. zw. »Kollaps-Induration« prawego szczytu. Występuje on u ludzi z przewlekłem zwężeniem górnych dróg oddechowych. Objawy jego są następujące: Klatka piersiowa jest dobrze rozwinięta, ale okolica prawego szczytu jest wciągnięta i odpowiednia część klatki piersiowej jest mniej ruchoma, niż po stronie lewej; dolne odcinki płuca są natomiast zupełnie ruchome. Opukowo po prawej stronie u góry, z przodu lub z tyłu stłumienie; osłuchowo nieokreślony, lub zaostrzony oddech pęcherzykowo-oskrzelowy, gdzieniegdzie czasami trzeszczenia. Przy badaniu górnych dróg oddechowych znajdujemy zwężenie nosa, które jest wywołane wyroślami gruczołowatemi. Podano rozmaite teorye, dlaczego to stwardnienie prawego szczytu występuje przy zwężeniu górnych dróg oddechowych, ale je pomijam, bo jeszcze żadna nie zyskała sobie prawa obywatelstwa. Stwardnienie to łatwo odróżnimy od gruźlicy szczytu, jeżeli uwzględnimy następujące dane. Przy gruźlicy szczytu stłumienie, otrzymane opukowo, przy wdechu zupełnie się zlewa ze stłumieniem, otrzymymanem przy wydechu. Natomiast przy stwardnieniu niegruźliczem (Kollapsinduration) między temi opukiwaniami zachodzi wyraźna granica. Rozszerzanie się dolnych granic płuc przy stwardnieniu niegruźliczem jest zupełnie prawidłowe, przy gruźlicy szczytu jest natomiast upośledzone. Przy stwardnieniu niegruźliczem oddychanie przez nos od lat najmłodszych jest utrudnione; przy gruźlicy szczytu odczyn tuberkulinowy jest dodatni, jak również badanie plwociny co do laseczników. Chorzy ze stwardnieniem niegruźliczem są bardzo skłonni i mało odporni w stosunku do gruźlicy, dlatego też trzeba rozpoznanie ściśle ustalić, ażeby tych chorych nie trzymać razem z gruźliczymi.

Tadeusz Kon.

Doc. Christen: **Nowe myśli o dyecie.** (Kuracisto 1913, Nr 9—10). Punktem wyjścia pracy autora jest ogólnie przyjęte porównanie ustroju ludzkiego z maszyną. Autor rozpatruje wpływ czynności ustroju i działanie poszczególnych pokarmów ze stanowiska a) skutku pożytkowego, b) odbudowy (rekonstrukcyi) materyału i c) skutków ubocznych. Dochodzi do wniosków odmiennych od dotychczasowych zapatrywań Voita i jego szkoły. Według Ch. przeważna część, t. j. 90% kaloryi służy dla czynności i te kalorye powinny być pokrywane przez pokarmy bezazotowe t. j. węglowodany i tłuszcze. Tylko około 10% kaloryi służy do odbudowy zużytych tkanek, do czego służą białka i dołączają się substancye adynamiczne, t. j. woda i sole. Dzienne optimum wprowadzonego białka wynosi według Christena 50 gramów, atoli mogą zachodzić wahania w granicach od 25 - 75 gramów. Większe ilości wprowadzonego do ustroju białka wiodą do gnicia w jelitach i do tworzenia się toksyn, które są przyczyną stwardnienia tętnic, artrytyzmu, cukrzycy, przewlekłych chorób żołądka i jelit, oraz zapaleń wyrostka robaczkowego. Zbyt obfite doprowadzanie białka do ustroju związane jest z obfitem pożywieniem mięsnem, oraz z używaniem alkoholu i tytoniu. Tymczasem białko roślinne ulega równie dobrze przyswajaniu, a równocześnie trudniej ulega gniciu i wytwarza mniej szkodliwych toksyn. Także i w tych cierpieniach, w których jest wskazane obfitsze podawanie białka (niedokrwistość, gruźlica, wrzód żołądka, cukrzyca) przedstawia białko roślinne większą wartość od białka mięsnego. Przy powyższem porównywaniu ustroju z maszyną widzimy w alkoholu klasyczny przykład skutku ubocznego, albowiem jego wpływ, jako, trucizny tkankowej, przewyższa w znacznym stopniu jego działanie dynamiczne. Dr Blassberg.

Adolf Preiswerk: **Leczenie cukrzycy lekarstwami.** (Kor. f. Schw. Aer. Nr 32). Autor stosował przy cukrzycy makowiec, aspirynę i magnesium-perhydrol. Te ostatnie dwa przetwory nie dawały żadnych wyników. Natomiast makowiec w postaci nalewki (tra opii) obniża znacznie wydzielanie się cukru i acetonu. To zmniejszanie się ilości cukru trwa dopóty, dopóki się podaje makowiec. Stan ogólny chorych poprawia się znacznie (5—15 kropli tincturae opii simpl. 2—3 razy dziennio). Makowiec można podawać całymi tygodniami bez żadnych ubocznych skutków. Autor radzi podawać go w przypadkach ciężkich, gdyż w lżejszych wystarczy uregulowanie dyety. Która część składowa makowca wywiera tutaj działanie, nie wiadomo; w każdym razie morfina, kodeina, pantopon, podane z osobna, nie wywierają tego działania, jak makowiec. Tadeusz Kon.

Bondi i Salomon: **Bardzo łatwa metoda rozróżnienia soku trzustkowego.** (Wiener med. Woch. 1913, 28). Wprowadzamy zgłębnik dwunastniczy Einhorna i pozwalamy sokowi się wydzielać, nie zaciskając zgłębnika. Początkowo wydziela się sok żołądkowy, który poznajemy po bezbarwności, po kwaśnym odczynie i po nieznacznym ciężarze właściwym. Następnie wydziela się sok dwunastnicy, żółto zabarwiony. Pierwsze części zawierają jeszcze sok żołądkowy i dlatego są one mętne, dopiero potem wydziela się żółty sok przeźroczysty. Ponieważ 3 fermenty trzustki, trypsyna, amylaza, steapsyna, naogół zawsze występują równolegle, więc wystarczy badanie co do lipazy, ażeby dowieść, że jest to istotnie sok trzustkowy. 10 cm oliwy, nie zobojętniając jej, poddajemy w przeciągu godziny trawieniu z 2 cm soku dwunastnicy przy ciepłocie pokojowej. Przez miareczkowanie wykażemy, czy rozszczepienie tłuszczu nastąpiło, czy też nie, n. p. jeżeli przed trawieniem zużyto 3·5 cm^3 $^1/_{10}$ zasady, to po trawieniu zużyjemy 8·3 cm^3.

Tadeusz Kon.

Cimbal. **Ochrona przed zatruciem środkami nasennymi.** (Münch. med. Woch. 1913. Nr 47). Ponieważ coraz częściej wydarzają się obecnie przypadkowe czy rozmyślne zatrucia środkami nasennymi, zwłaszcza weronalem, przeto C. zaleca dołączać do środka nasennego zawsze wymiotnicę i to w tej proporcyi, że gdy chory weźmie za dużą dawkę, wystąpić muszą wymioty. Recepta taka n. p. brzmi: »Rp. Veronali 0·3, phenacetin. 0·2, pulv. rad. ipecacuah. 0·15. S. Proszek na godzinę przed spaniem«. K.

de la Camp i Küpferle: **O leczeniu gruźlicy płuc promieniami Röntgena.** (Med. Klinik 1913. Nr 49). U królików, u których wywołano gruźlicę płuc drogą krwi, otrzymywali autorzy korzystne wyniki przy naświetlaniu płuc promieniami Röntgena. Zachęceni tem zastosowali to leczenie także u ludzi w 15 przypadkach. W I i II okresie gruźlicy otrzymali nawet wcale dobre wyniki, zachęcające do dalszych prób, bo spadek ciepłoty, ustąpienie zmian nieżytowych i poprawę stanu ogólnego. K.

Noorden. **O bananach i mące bananowej.** (Med. Klinik 1913. Nr 49). N. zachęca lekarzy do rozpowszechniania bananów i pieczywa z mąki bananowej (melban). Banany są bardzo pożywne, łatwo strawne, a z korzyścią stosować je można w cukrzycy, dnie, cierpieniach nerek, czerwonce, a dalej przy leczeniach odtłuszczających zamiast mleka. K.

Heineke: **Jak zachowują się narządy krwiotwórcze przy nowoczesnem głębokiem naświetlaniu?** (Münch. med. Woch. 1913, Nr 48). Mimo, że wiemy dobrze, iż głębokie naświetlania nie są obojętne dla ustroju, zwłaszcza dla narządów krwiotwórczych, stosujemy je w dawkach coraz to większych i troszczymy się tylko o zmiany na skórze. H. w doświadczeniach na zwierzętach wykazał, że już małe dawki promieni Röntgena mogą wywoływać dość duże zmiany w ciałkach krwi. Na szczęście krew się odnawia i zmiany te zostają rychło wyrównane. Gdy jednak naświetlanie stale działa na ustrój, to wtedy może dojść do trwałych i poważnych zaburzeń. I tak znamy już 6 przypadków białaczki u rentgenologów, a niejedno schorzenie ogólne do tego też odnieść należy. To też przy głębo-

kich a długich prześwietlaniach należy pamiętać zawsze o możliwości zaburzeń w narządach krwiotwórczych, co zapomocą badania krwi łatwo można kontrolować. K.

Bodenstein: **Działanie lecznicze jodostaryny w miażdżycy tętnic i dychawicy oskrzelowej.** (Wien. med. Woch. 1913, 29). Autor miał sposobność wypróbować działanie jodostaryny w przeszło 100 przypadkach miażdżycy, dychawicy oskrzelowej i rozedmy płuc. We wszystkich przypadkach działanie to okazało się szybkie, korzystne i trwało dłużej, niż działanie innych przetworów jodowych. Objawy zatrucia były bardzo rzadkie lub tak nieznaczne, że nie dawały powodu do odstawienia leku; nawet chorzy, nie znoszący jodu, zażywali lek bez szkodliwych następstw, również chorzy z dolegliwościami żołądkowemi powoli przyzwyczaili się do dość dużych dawek. Wogóle zauważa autor, że jodostaryna przewyższa znacznie i co do działania i co do zawartości jodu, jakoteż co do taniości, inne przetwory jodowe, przedewszystkiem alkalia jodowe, które mają nieprzyjemny smak i łatwo wywołują objawy działania ubocznego. N.

Schnee: **Postępowanie odtłuszczające drogą elektryczną zapomocą »degrassatora«.** (Münch. med. Woch. 1913, 35). Metoda odtłuszczająca autora polega na użyciu wyładowań kondensatorów, a więc odwrotnie, niż metoda Bergoniego lub Nagelschmidta, które posługują się prądami faradycznymi, względnie prądami Leduca. Wyładowania te działają równie znieczulająco, jak np. prądy Leduca, a wywołują przytem o wiele energiczniejsze skurcze mięśniowe. Z pomocą przyrządu autora (degrassatora) daje się osiągnąć spadki wagi o 500 gr. dziennie, a przy odpowiedniej zmianie pożywienia nawet do 1000 gr., bez sprawienia, jak twierdzi autor, jakiejkolwiek szkody choremu. N.

Holzknecht i Sgalitzer: **Papaweryna zastosowana do rozróżnienia rentgenologicznego skurczu odźwiernika od zwężenia.** (Münch. med. Woch. 1913, 36). Papaweryna, środek zupełnie nieszkodliwy, podaje się jako chlorek (papaverin. hydrochloricum) w ilości 0·03 do 0·07 wewnętrznie. Środek ten opóźnia w żołądku prawidłowym wydalanie papki Riedera średnio o $^1/_4$—$^1/_3$ zwykłego czasu wydalania; wskutek zaś swego działania usuwającego wszelkie skurcze, znosi opóźnienie wydalania pokarmów, wywołane przez skurcz odźwiernika. W przypadkach jednak organicznego zwężenia odźwiernika (n. p. nowotworu) zwiększa papaweryna jeszcze, względnie przedłuża opóźnienie wydalania pokarmów z powodu swego działania obniżającego napięcie mięśni żołądka. Przy równoczesnem zwężeniu i skurczu odźwiernika opóźnienie wydalania pozostaje niezmienione. N.

Turan: **O niektórych podmiotowych objawach przy nerwicach serca.** (Wien. med. Woch. 1913, 25). Badania autora wykryły szereg objawów, które występują mniej lub więcej stale u neurasteników sercowych, a których niema ani w ciężkich organicznych schorzeniach serca, ani też u zdrowych, lub które występują w nieznacznym tylko stopniu. Należy tu jeszcze przez Brauna i Fuchsa opisany objaw uciskowy: po lekkim ucisku palcem na miejsce uderzenia koniuszkowego następują zmiany w częstości i wielkości tętna; dalej należą tu podmiotowe punkty bolesne na szyi, piersi i w okolicy łopatkowej; dalej zmieniające się niezależnie od oddychania granice opukowe serca; samorodne i sztuczne znaczne przyspieszenia tętna i wahania w rytmie, wykazujące pewien określony typ, dające się wywołać oddychaniem; niezwykle głośne i rozszczepione tony serca lub szmery skurczowe, będące prawdopodobnie wynikiem nierównomierności ruchów przedsionkowych; zmiany kształtu i położenia serca i tętnienia prawego przedsionka, oraz prawej komory w pozycyi stojącej, zwłaszcza przy równoczesnym bardzo głębokim wdechu; wreszcie zmienne zachowanie się tętna żylnego szyjnego. Chcąc odpowiedzieć na pytanie, do czego odnieść należy wszystkie te objawy, należy w pierwszej linii odwołać się na nerw błędny, którego szczególna pobudliwość u neurasteników jest rzeczą znaną; pobudliwość ta zaznacza się we wszystkich obszarach przez nerw ten zaopatrywanych. N.

Sprawy Towarzystw naukowych

Towarzystwo ginekologiczne krakowskie.

Posiedzenie z d. 24. IV. 1913.

Prezes: Rosner, sekretarz: Schlank.

1) Rosner. **Dwa przypadki akromegalii.** Obydwie przedstawione chore okazują daleko posunięte zmiany akromegalii; wieloródki, u obydwu choroba ta rozwinęła się po ostatnim porodzie i po długiem karmieniu (do 24 mies.) U jednej i drugiej od czasu karmienia istnieje brak miesiączki, a części rodne okazują daleko posunięty zanik. Chore skarżą się na silne bóle głowy, a u jednej można stwierdzić znaczne powiększenie gruczołów szyjnych i karkowych. R. przedstawia rentgenogramy czaszki obydwu chorych, na których widać znacznie rozszerzone siodło tureckie.

W związku z demonstracyą przedstawia Rosner fotografię pseudoakromegalii w ciąży i omawia wpływ ciąży na powstanie tej choroby.

2) Szymanowski. **Studya z dziedziny anafilaksyi, cz. II.** Toksyczne własności krwi ludzkiej. (Drukiem ogłoszone w sprawozdaniach Akad. Umiej.).

Posiedzenie z d. 28. V. 1913.

Prezes: Rosner, sekretarz: Schlank.

1) Rosner. **Przypadek makromastyi.** Przypadek dotyczy 18-letniej panny, która zaczęła miesiączkować w 14. roku życia, a od 7 miesięcy zauważyła znaczny wzrost obu sutków. W sutkach można wymacać cały szereg guzów różnej wielkości. Skóra na sutkach cienka i napięta. Chora skarży się na bóle w krzyżach wskutek nadmiernego zmęczenia mięśni. Obydwa sutki olbrzymio powiększone. Ich największy obwód wynosi 64 cm., wymiar od pachy aż do nasady mostka przez brodawkę poziomo mierzony wynosi 46—48 cm. Wymiar pionowy od górnego przyczepu aż do dolnego przez brodawkę po stronie prawej i lewej wynosi 35 cm.

2) Schlank. **Nawrót słoniowaciny warg sromowych.** Chora przed 17 laty operowana z powodu słoniowaciny (elephantiasis) sromu. 16 lat po operacyi zauważyła chora nawrót. W przypadku tym istnieje »elephantiasis papillaris« obydwu warg sromowych dużych. Warga lewa przedstawia się jako guz, zwieszający się do kolana; w dolnym odcinku na szczycie guza, owrzodzenie wielkości 5-koronówki. Chora 3 lata po pierwszej operacyi rodziła.

3) Schlank. Przypadek **poporodowego krwiaka sromu,** jako przeszkody dla urodzenia się drugiego z bliźniąt. 25-letnia pierwiastka urodziła siłami natury w kilka godzin jedno z bliźniąt. Wkrótce po porodzie zauważyła położna, że warga lewa silnie obrzmiewa i że wkrótce wytworzył się duży guz, który utrudnił urodzenie się drugiego płodu. Po przeniesieniu rodzącej do kliniki stwierdzono krwiak wargi sromowej lewej, wielkości głowy męzkiej, chora zaś wykazywała znaczną niedokrwistość. Ścieńczałą skórę przecięto i usunięto dużą ilość krwi, częściowo skrzepłej, częściowo płynnej. Krwiak sięgał bardzo wysoko wzdłuż ściany pochwy. Drugi płód wydobyto kleszczami. Jamę po krwiaku częściowo zaszyto, częściowo wysetonowano. Połóg, z wyjątkiem podniesienia ciepłoty przez 2 dni, przebiegał prawidłowo.

Posiedzenie z d. 12. XI. 1913.

Prezes: Rosner, sekretarz: Schlank.

1) Radwańska. Przedstawienie dwu chorych po **cięciu cesarskiem nadłonowem pozaotrzewnem.**

a) Wielorodka. I. i III. poród zakończony kraniotomią, przy drugim porodzie hebosteotomia przed 3 laty. Cięcie cesarskie sposobem Latzko-Doederleina wykonał Schlank bez żadnych trudności technicznych. Blizna po hebosteotomii zupełnie nie przeszkadzała oddzieleniu otrzewnej po stronie lewej (hebosteotomia była po stronie lewej). Conjugata vera — 8·5 cm.

b) Wielorodka, u której 3 razy przy porodzie wykonano wymóżdżenie, 2 razy kleszcze. Conjugata vera — $7^3/_4$ cm. Na brzuchu i lewem udzie blizny po oparzeniu III stopnia. Blizny te sięgają od kolana lewego do pępka i wywołują przykurczenie kończyny lewej w stawie biodrowym. W przypadku tym dokonano w typowy sposób cięcia cesarskiego pozaotrzewnego sposobem Sellheima. Do operacyi dołączono plastyczną operacyę blizny po oparzeniu. — Obydwie matki z dziećmi opuściły zdrowe klinikę.

2) Zubrzycki. Przypadek **promienicy powłok brzusznych.** Chora 34-letnia, wielorodka, przed 4 miesiącami przebyła poród. Stwierdzono u niej guz wielkości głowy dziecka nad spojeniem łonowem. Przed operacyą trudno było określić dokładniej rodzaj guza. Podczas operacyi (laparotomia) dn. 4. XI. 1912 r. znaleziono guz, który tworzyły pętle jelita cienkiego silnie ze sobą zrosłe i częściowo zrosłe z powłokami brzusznemi. Zrosty te oddzielono przeważnie na ostro; w jednem miejscu pomiędzy dwiema pętlami jelita cienkiego był tak silny zrost, że nie dał się zupełnie oddzielić. Część powłok nacieklych wycięto, wskutek czego powstał duży ubytek mięśni i powięzi w powłokach brzusznych, co utrudniało zamknięcie jamy brzusznej. W nacieklych powłokach brzusznych znaleziono ropień, a naciek przedstawiał przeważnie tkankę ziarninową. Badanie drobnowidowe ropy stwierdziło promienicę. Zubrzycki przypuszcza, że pierwotne ognisko było w jelicie cienkiem. Przebieg pooperacyjny prawidłowy.

3) Rosner. Demonstracya preparatu anatomicznego **raka części pochwowej macicy po doszczętnej operacyi sposobem Wertheima.**

4) Jaworski. **Uwagi o wartości metody Abderhaldena.** (Drukowane w Gynäk Rundschau VII. 16. 182).

Oddział zakopiański Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Posiedzenie d. 15. I. 1913.

Obecnych 11 członków. Przewodniczy prezes Dr Brzeziński.

Kol. St. Rudzki wygłosił odczyt: **O zadaniach naukowych Oddziału zakopiańskiego T. l. g.** Po określeniu ogólnem zadań Towarzystw lekarskich, prelegent zatrzymał się na naukowej stronie ich działalności. W szczególności co do Oddziału zakopiańskiego T. l. g. kol. Rudzki podkreślał obowiązki Towarzystwa lekarskiego względem samego uzdrowiska, polegające przedewszystkiem na skrystalizowaniu pojęć o wartości Zakopanego, jako miejscowości kuracyjnej, na dokładnem określeniu znaczenia jego leczniczego. Podołanie temu zadaniu przekracza siły i możność jednego człowieka, potrzeba tu pracy zbiorowej, do której najbardziej powołany jest Oddział zakopiański T. l. g. Omawiając bliższe szczegóły organizacyi tej pracy, przechodzi prelegent kolejno najważniejsze tematy, nadające się do opracowania i przedstawia w końcu dwa wnioski pod dyskusyę: 1) Oddział zakopiański T. l. g. uznaje za pożądane i niezbędne dla rozwoju uzdrowiska podjęcie pracy zbiorowej o wpływie klimatu zakopiańskiego na poszczególne narządy i ich choroby. 2) Byłoby pożądane wydanie tych prac w zbiorowem dziele, które ustaliłoby wskazania i przeciwwskazania do pobytu chorych w Zakopanem. (Streszczenie własne).

W ożywionej dyskusyi przeważna większość oświadczyła się za tymi wnioskami. a) Kol Czaplicki wnosi, żeby tematy naukowe były zgłaszane do prezydyum na miesiąc przed posiedzeniem. Wniosek ten, mający na celu przygotowanie się członków sekcyi do szerszej dyskusyi, został jednomyślnie przyjęty. — b) Kol. Wrzesiński podaje projekt stworzenia Kółka badania gruźlicy, i wzorując się na pracach lekarzy w Leysin, odczytuje spis tematów o gruźlicy, nadających się do opracowania w Oddziale zakopiańskim. — c) Kol. Żychoń przypomina ułożony przez Oddział schemat do badań nad gruźlicą i proponuje ponownie jego rozpatrzenie oraz zmodyfikowanie. Oba ostatnie wnioski odłożone zostały do następnego posiedzenia.

Sekretarz: Dr St. Rudzki.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie z dnia 4. XI. 1913.

1) Kazimierz Dąbrowski przedstawił preparaty drobnowidowe **potworniaka** (teratoidu) gardła, wyciętego u dziecka pięciomiesięcznego. Guz, wielkości małego orzecha włoskiego, był przyczepiony zapomocą szypułki nad prawym migdałem, między łukami.

2) Anastazy Landau wygłosił rzecz, opracowaną wspólnie z Maryą Temkinówną: **Kilka uwag o pieczywie dla chorych cukrzyczych** L. omawia wytyczne punkty w rozwoju leczenia dyetetycznego cukrzycy oraz podaje wskazania do stosowania tej lub owej dyety. Podkreśliwszy następnie konieczność posiłkowania się w cukrzycy o nizkiej lub ujemnej tolerancyi węglowodanowej specyalnymi przetworami, L. opisuje zasady, według których są takie przetwory przyrządzane, oraz przedstawia wyniki badania chemicznego 8 gatunków chleba co do białka i skrobi. Rozbiór stwierdził, iż niektóre z tych produktów nie odpowiadają swemu przeznaczeniu.

3) Anastazy Landau wygłosił rzecz, napisaną wspólnie z Maryą Temkinówną: **Studya nad zapaleniem nerek.** W pracy powyższej L. oznacza stosunek, jaki zachodzi między sprawnością nerek, a zawartością cukru we krwi oraz wydzielaniem się jego w moczu. U zwierząt możemy wywołać doświadczalnie zjawiska zwiększonej przepuszczalności lub nieprzepuszczalności nerek dla cukru. Zjawiska takie zachodzą również w patologii ludzkiej, a mianowicie zwiększona nieprzepuszczalność nerek dla cukru występuje samoistnie w przebiegu długotrwałej cukrzycy, sztucznie zaś wywołał ją pierwszy L. przez wstrzyknięcie pantoponu podczas cukromoczu adrenalinowego. Wskazawszy następnie na związek, jaki istnieje między ciśnieniem tętniczem w zapaleniu nerek i wytwarzaniem adrenaliny a zawartością cukru we krwi, L. przedstawia wyniki 17 badań krwi w przypadkach zapalenia nerek. Prócz zwykłego badania klinicznego i określania ciśnienia tętniczego oznaczane były zawartość cukru i azotu niebiałkowego we krwi oraz punkt jej zamarzania. Wyniki tych badań są następujące:

W zapaleniu nerek, niezależnie od jego postaci, zawartość cukru we krwi jest zazwyczaj prawidłowa, nieraz zaś znajduje się ona na górnej granicy normy lub nawet nieco ją przekracza, a więc równowaga, jaka prawidłowo istnieje między wytwarzaniem cukru a jego spotrzebowaniem, nie ulega w zapaleniu nerek zazwyczaj zakłóceniu. Zaburzenia tej równowagi, jeżeli wogóle są, to są niezbyt gwałtowne, tak iż wywołane przez nie przecukrzenie krwi jest nieznaczne i w przypadkach prelegenta nigdy nie urosło do cukromoczu. Natomiast przy skojarzeniu zapalenia nerek z moczówką cukrową spostrzegać możemy znaczną hyperglikemię; na wytworzenie tego zjawiska składają się wspólnie nadprodukcya cukru oraz zmniejszona przepuszczalność nerek. W cukrzycy powikłanej zapaleniem nerek rozstrzyga o ciężkości sprawy chorobowej nie wydajność cukru w moczu, lecz zawartość jego we krwi.

W dyskusyi a) Kopczyński Stanisław powołuje się na własny przypadek sekcyjny, dotyczący 50-letniej kobiety, dotkniętej od dłuższego czasu moczówką cukrową, z padaczką Jacksona i porażeniami na tle samozatrucia, u której na 2 tygodnie przed śmiercią zjawiła się róża na twarzy z wysoką gorączką, do czego dołączyło się ostre miąższowe zapalenie nerek, przyczem cukier z moczu zupełnie zginął. Gdyby wówczas zbadano krew, niewątpliwie, jak tego dowodzą badania mówcy, wykrytoby we krwi hyperglikemię. — b) J. Pawiński utrzymuje, że co się tyczy ciśnienia krwi, towarzyszącego cukrzycy, to z praktyczno-klinicznego punktu widzenia należy w tym względzie wyróżnić dwie postacie: jedne o zwiększonem napięciu naczyniowem, a drugie o zmniejszonem. Pierwsze dają lepsze rokowanie, drugie gorsze, gdyż łączą się z niedomogą serca.

Posiedzenie kliniczne d. 18. XI. 1913.

1) Kryński L. **Przypadek wycięcia zwoju półksiężycowatego Gassera.** K. przedstawił chorego 48-letniego, u którego z powodu rwy nerwu trójdzielnego stosowano kolejno wszelkie sposoby leczenia. Chory choruje od lat kilkunastu i w ciągu tego czasu wypróbował cały arsenał środków farmauceutycznych i fizycznych bezskutecznie. Przed 2 laty K. wykonał wstrzykiwania głębokie alkoholu do gałęzi II i III u podstawy czaszki. Skutek był dobry, lecz przemijający. K. wykonał następnie wycięcie obu tych gałęzi nerwu trójdzielnego w miejscu ich wyjścia z czaszki. Po operacyi bóle ustąpiły i stan taki trwał 10 miesięcy, poczem bolesność zaczęła powracać; wobec tego K. dokonał teraz operacyi śródczaszkowego wycięcia zwoju Gassera, z wynikiem dodatnim.

2) Czarkowski Józef przedstawił chorą Kr., u której w dniu 3 października 1912 wykonał operacyę wycięcia kiszki grubej z powodu **choroby Hirschsprunga.** Długość wyciętej kiszki wynosi przeszło półtora metra z zawartością płynu prawie 7-litrową. Badanie promieniami Roentgena wykazuje, że jelito czcze dłużej zatrzymuje bizmut.

3) Edward Flatau i Józef Handelsmann: **Badania doświadczalne nad zapaleniem opon mózgowo-rdzeniowych.** W celu wywołania zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych posługiwali się prelegenci bakteryami ropotwórczemi (7 doświadczeń bez wyraźnych wyników), bakteryami zapalenia opon (meningococcus intracellularis Weichselbauma) z nikłymi objawami, wreszcie dwoinkami Fraenkla, które na 57 przypadków 31 razy dały wynik dodatni u psów. Z początku zwierzęta są osowiałe i apatyczne, po pewnym czasie występuje sztywnienie karku i śmierć po upływie 15—24 godzin. Przebieg bywa: 1) piorunujący; 2) z początku objawy nieznaczne, po kilku dniach występują nagle objawy ostre i śmierć zwierzęcia; 3) niekiedy z początku ostre objawy, później stan przewlekły i wyzdrowienie; 4) niekiedy przebieg przewlekły i śmierć z charłactwa. Z powikłań spostrzegali prelegenci: 1) ropnie rdzenia, 2) ropienie w zatokach czołowych, nosowych i uszach, 3) panophthalmitis, 4) zapalenie płuc i opłucnej.

W celach leczniczych stosowali prelegenci przedewszystkiem surowicę przeciwpneumokokową, która wstrzymuje rozwój zapalenia opon, następnie urotropinę, formalinę i azotan srebra, a w kilku doświadczeniach dokonywali przemywania całego układu nerwowego fizyologicznym rozczynem soli. W końcu prelegenci przedstawili w epidiaskopie szereg rysunków, objaśniających wyniki badań anatomo-patologicznych. Zmiany dotyczyły głównie opon miękkich całego układu nerwowego ośrodkowego, natomiast opona twarda bierze znacznie słabszy udział w sprawie.

W dyskusyi a) Pręgowski zaznacza, że przedstawiona praca, aczkolwiek bardzo interesująca, dla ludzkiej kliniki zapalenia opon nie przedstawia widocznego znaczenia; następnie zarzuca prelegentom, że poczynili zbyt mało doświadczeń z meningokokami dla umotywowania ujemnej opinii o tych drobnoustrojach, jako o przyczynie zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych. — b) Kuligowski twierdzi, że na preparacie z ropniem właściwie ropnia niema, a jest tylko nieznaczny naciek ropny. — c) Flatau dowodzi, że doświadczenia powyższe mają pewne znaczenie dla zapalenia opon u ludzi, i podkreśla, że po raz pierwszy otrzymano ropnie rdzenia na drodze doświadczalnej. Tadeusz Borzęcki.

Towarzystwo lekarskie kieleckie.

Sprawozdanie z działalności Towarzystwa w drugiem półroczu 1913.

I. Posiedzenie w październiku. Obecnych 11 członków. Przewodniczy kol. Daszewski.

Po odczytaniu protokołu poprzedniego posiedzenia i nadesłanej korespondencyi, wybrano dla Zjazdu prowincyonalnych lekarzy w Lublinie podkomitet z trzech kolegów; wybrani kol. Kosieradzki, kol. Lewinson i kol. Buszkowski.

2) Kol. Lewinson odczytał rzecz p. t. **Fizyologia i patologia regularności oraz leczenie jej zboczeń.**

3) Kol. przewodniczący otwiera dyskusyę nad projektem utworzenia w Kielcach przy Towarzystwie lekarskiem sekcyi przeciwgruźliczej. Po dłuższej dyskusyi postanowiono zebrać od istniejących Towarzystw przeciwgruźliczych dane o organizacyi, ilości członków i t. p.

II. Posiedzenie w listopadzie. Obecnych 10 członków. Przewodniczący kol. Daszewski.

1) Kol. Lewinson odczytał drugą część swej pracy: **O leczeniu zaburzeń regularności.**

W dyskusyi a) kol. Kosieradzki zwraca uwagę na wewnętrzne wydzielanie jajnika, które znajduje się w pewnym antagonizmie z przysadką mózgową; przy akromegalii przysadka przerasta, a następnie brak miesiączki (zanik jajników); przy ciąży jajniki nie działają, przysadka — przerasta; przy nowotworach mózgu, działających na przysadkę, następuje brak miesiączki. Dalej kol. Kosieradzki podnosi, iż przy przewlekłem zapaleniu nerek często brak miesiączki, który to objaw stanowi bardzo niepewne rokowanie co do wyleczenia; przy gruźlicy płuc często bywa brak miesiączki, ustępujący z polepszeniem ogólnego stanu zdrowia. Mowca zapytuje w dalszym ciągu, czy i w jaki sposób wpływa pojawienie się miesiączki na skład chemiczny pokarmu, oraz w jaki sposób należy objaśnić dodatni wynik leczenia nadmanganianem potasu w blednicy? — b) Kol. przewodniczący odpowiada, iż nadmanganian potasu działa tak, jak żelazo, a co do wpływu regularności na skład chemiczny pokarmu, to podług Filatowa pojawienie się regularności wpływa ujemnie na pokarm. Znane są także przypadki zapalenia nerwów z zaburzeniami regularności. — c) Kol. Czaplicki wspomina o działaniu pituitryny.

2) Przystąpiono do omawiania projektu utworzenia w Kielcach sekcyi przeciwgruźliczej

III. Posiedzenie w grudniu Obecnych 11 członków. Przewodniczący kol. Daszewski.

Po odczytaniu protokołu poprzedniego posiedzenia przystąpiono w dalszym ciągu do omawiania projektu sekcyi przeciwgruźliczej. Po dłuższej wyczerpującej dyskusyi postanowiono utworzyć w Kielcach sekcyę przeciwgruźliczą przy warszawskiem Towarzystwie przeciwgruźliczem, i w tym celu zgodnie z § 30 ust. warszaw. Tow. przeciwgruźliczego wysłano do Zarządu w Warszawie deklaracyę z 10 podpisami członków Towarzystwa lekarskiego kieleckiego o przyjęcie ich w poczet członków warszawskiego Towarzystwa przeciwgruźliczego.

(W lipcu i w sierpniu posiedzenia nie odbyły się z powodu feryi letnich, a we wrześniu z braku odpowiedniej liczby członków). Sekretarz: A. Kopczyński.

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Posiedzenie z d. 8. X. 1913.

Przewodniczący A. Krusche, sekretarz A. Tomaszewski.

1) Kol. Pański przedstawił mężczyznę w starszym wieku z **rzekomymi objawami guza mózgu** (tarcze zastoinowe), a u którego skrupulatne badanie i dłuższa obserwacya wykazały **śródmiąższowe zapalenie nerek.**

2) Kol. Mogilnicki przedstawił 6 przypadków **pląsawicy,** z tych u dwojga dzieci pląsawica powtórzyła się. Owe dwa przypadki z nawrotem leczono neosalwarsanem, wstrzykiwanym śródmięśniowo. M. streścił najnowsze poglądy na etyologię tej choroby i położył nacisk na pogląd Heubnera, który twierdzi, iż pląsawica jest chorobą pochodzenia zakaźnego.

3) Kol. Tomaszewski przedstawił 6-letniego chłopca, operowanego z powodu **gruźlicy kręgów** amerykańską **metodą przeszczepienia odłamka kości z goleni** między rozszczepione wyrostki ościste i więzadła międzykolcowe chorych kręgów. T. szczegółowo omówił zasady i technikę owej operacyi, wskazał na idealne warunki wrastania przeszczepionej kości. T. operował 4 przypadki z wynikiem dobrym. Z tych przedstawiony chłopiec operowany był przed 3 miesiącami; przyjęty został na oddział, ponieważ rodzice zauważyli lekki garb w części lędźwiowej i chłopiec chodząc, skarżył się na bóle. Obecnie po operacyi chory chodzi dobrze i bólów nie ma. 2 przypadki operowane należały do rozpaczliwych, jeden z kilkoma przetokami i zakażeniem mieszanem, drugi z jednoczesnem zapaleniem stawu biodrowego. W obydwóch wynik operacyjny względnie dobry. Czwarty przypadek operował T. przed kilkoma dniami.

4) Kol. Skalski podniósł sprawę **epidemii czerwonki** i zaproponował, aby Towarzystwo lek. zwróciło się do laboratoryum miejskiego w sprawie zbadania charakteru epidemii. — Towarzystwo poleciło załatwienie sprawy z laboratoryum miejskiem kol. Skalskiemu.

W dyskusyi nad demonstracyami wzięli udział kol. Rosenthal, Dąbrowski, Trenkner, Pański, Goldberg, Stankiewicz i Sterling.

5) Kol. Goldman przedstawił **wyrostek robaczkowy uwięznięty w worku przepuklinowym** z demarkacyą zgorzeli od ucisku.

Posiedzenie z d. 22. X. 1913.

Przewodniczący Krusche, sekretarz Tomaszewski.

1) Prezes poświęcił kilka słów zmarłemu kol. Weisbergowi, przyczem obecni uczcili pamięć zmarłego przez powstanie.

2) Kol. Skalski zawiadomił zebranych, że laboratoryum miejskie zgodziło się chętnie badać wypróżnienia chorych na czerwonkę.

3) Prezes przeczytał list od komitetu, organizującego II Zjazd lekarzy prowincyonalnych w Lublinie, zawiadamiający o terminie zjazdu i proponujący wybór podkomitetu miejscowego.

4) Kol. Skalski zwrócił uwagę, że do komitetu kanalizacyjnego miejskiego nie wszedł przedstawiciel Towarzystwa lekarskiego. Zebranie uchwaliło polecić kol. Trenknerowi, aby ten w swojem imieniu wyraził zdziwienie, dlaczego w komitecie brak ludzi kompetentnych.

5) Kol. Pański przedstawił chorego, który od dłuższego czasu cierpi na bóle głowy. Przy badaniu okazało się, że ma on tarczę zastoinową i na prawe oko nic nie widzi. Kol. Pański rozpoznał według wszelkiego prawdopodobieństwa guz w **okolicy móżdżku** i radził choremu poddać się trepanacyi dekompresyjnej.

6) Kol. Krusche przedstawił a) **kamień pęcherza moczowego i powiększony gruczoł krokowy**, usunięty zapomocą operacyi Freyera u chorego w podeszłym wieku; b) preparat **gruźlicy jelita ślepego,** usunięty u kobiety w średnim wieku.

7) Kol. Goldman przedstawił a) preparat **gruczołu krokowego,** usuniętego przez cięcie łonowe i objaśnił, w jaki sposób dokonywa operacyi sam Freyer i jakie są zalety tej metody; b) preparat **puchliny pęcherzyka żółciowego** (hydrops vesicae felleae).

8) Kol. Skalski zwraca się do kolegów z prośbą o nadsyłanie odpowiedzi na ankietę warszawskiego Towarzystwa higienicznego w sprawie organizacyi pomocy lekarskiej w fabrykach.

Posiedzenie z d. 5. XI. 1913.

Przewodniczy Krusche, sekretarz Tomaszewski.

1) Kol. Golz przedstawił przypadek **raka języka i gardła** u 53-l. mężczyzny, który od 2 lat zauważył trudność przy połykaniu. 30 lat temu chory miał wrzodzik na prąciu, który zagoił się bez dalszych następstw. Odczyn Wassermana ujemny. Na prawym migdale, powiększonym i twardym, widać owrzodzenie, przechodzące na prawy łuk i na spód języka. Język w tylnej części jest też powiększony i stwardniały, a przy uciśnięciu bardzo bolesny. Prawy gruczoł podszczękowy znacznie powiększony i twardy. Choremu zastosowano wśródżylne wlewania neosalwarsanu i naświetlania promieniami Roentgena, pełna dawka co 2 tygodnie. Po trzeciem naświetleniu chory poczuł pewną ulgę przy połykaniu.

2) Kol. Grosglik przedstawił następujące przypadki: a) 28-letnia kobieta z następującym obrazem: Środkowa część lewej goleni na przestrzeni blizko 20 cm. ciemno pigmentowana, zanikła, dokoła guzy czerwonawe rozmaitej wielkości, podminowane ropą. Cierpienie powstało przed pół rokiem w postaci owrzodzenia, dokoła nacieklego. Owrzodzenie szerzyło się na obwodzie, zabliźniając się w środku, aż wreszcie sprawa doszła do stanu obecnego. Na obu ramionach po dwa pola (plaques), złożone z guzów pokrytych strupami. Sposób rozwijania się cierpienia, a poniekąd jego obraz, oraz poronienie jedno w wywiadach, nasuwają myśl o **lues ulcerogummosa serpiginosa**. Jednak obraz guzów niezupełnie odpowiada przymiotowi: guzy są pojedyncze, nie tworząc jednolitej masy, są wyniosłe, bez zawartości. Drugie możliwe rozpoznanie jest **bromoderma tuberosum.** Istotnie chora cierpi na histeryę i od 12—14 lat zażywa bez przerwy brom.

b) 43-letnia kobieta, która przed 8 laty zaraziła się przymiotem. Rychło po objawach wtórnych wystąpiły trzeciorzędne, które nie przestają jej trapić dotychczas. Mamy więc i blizny po ulcera gummosa capillitii, faciei, nuchae, trunci, extremitatum sup. et infer., blizny po nader rozległych i głębokich owrzodzeniach na pośladkach, utratę przegrody nosowej, języczka, podniebienia, migdałów, oraz rozległą bliznę, wyścielającą całe gardło. Przed 8 tygodniami chora zgłosiła się z osteoperiostitis gummosa metatarsi dig. IV i digiti IV lewej stopy. Jodek potasu i miejscowe leczenie bezskuteczne. Dopiero po zastosowaniu wstrzykiwań rtęciowych odrazu nastąpił zwrot ku lepszemu. Obecnie sprawa, przynajmniej na zewnątrz, jest zakończona.

c) 21-letni młodzieniec z **xeroderma pigmentosum c** carcinomate supercilii dex., ankyloblepharon et symblepharon utriusque oculi. Cierpienie zaczęło się w 5. roku życia od pigmentacyi i teleangiektazyi na twarzy, szyi i obu rękach, postępując wraz z zanikiem skóry w sposób niepohamowany. Pigmentacye widoczne są na kończynach górnych, tułowiu i udach w słabym stopniu. Zmiany najwybitniejsze występują na twarzy, karku, szyi, uszach, nosie, rękach i przedramionach. Symblepharon i ankyloblepharon od 10 lat. Od 3 miesięcy owrzodzenie rakowate na prawej górnej powiece, nader bolesne, brudne, krwawiące. Przed tygodniem kol. Grosglik naświetlał guz pełną dawką promieni Röntgena. Owrzodzenie czyste, nie krwawi, mniej boli i zabliźnia się na obwodzie.

3) Kol. Maybaum przeczytał rzecz: **O zastosowaniu radu w leczeniu nowotworów złośliwych.**

4) Członkami podkomitetu na II Zjazd lekarzy prowincyonalnych wybrano kol. Sterlinga, Tomaszewskiego i Józefa Michalskiego.

Posiedzenie z d. 19. XI. 1913.

Przewodniczący Krusche, sekretarz Tomaszewski.

1) K. Łuczycki: Przypadek **pląsawicy przewlekłej postępującej Huntingtona.**

Chory J. A., 48 lat, kiła wykluczona, również alkoholizm. Przed 3 laty chory spadł z wysokości 3 łokci, od tego czasu datuje się niniejsza choroba. Z początku objawy były nieznaczne i tylko w niektórych grupach mięśni; stopniowo niepokój ruchowy rozszerzył się na mięśnie — kończyn górnych, tułowia i kończyn dolnych. Jednocześnie wpadł chory w stan apatyi, urojenia prześladowcze i wstręt do życia często go nawiedzają. Źrenica lewa nieco szersza niż prawa, obie leniwie oddziałują na światło i akomodacyę. Pole widzenia nie zwężone. Ruchy gałek ocznych swobodne, obraz wziernikowy oka prawidłowy. Mowa utrudniona z przestankami i przerwami. W nerwach czaszkowych niema zmian żadnych. Odruchy ścięgniste, łokciowe, Achillesa i kolanowe osłabione. Wszystkie rodzaje czucia i czucie mięśniowe zachowane. Daje się zauważyć ciągła gra nieskojarzonych bez porządku i systemu ruchów i przykurczeń w mięśniach tułowia i kończyn, grymasy, zahamowanie mowy. nieprawidłowe ruchy języka, zgrzytanie zębami, utrudnienie chodzenia i t. d. W sferze psychicznej zgnębienie, utrudnienie myślenia, osłabienie władz umysłowych i urojenia urywkowe prześladowcze. Stan ten trwa od 3 lat i coraz bardziej się pogarsza. Chory chudnie, nie sypia i coraz gorzej się czuje. W końcu autor przeprowadza rozpoznanie różniczkowe między pląsawicą i jej postaciami, a tic general i paramyoclonus multiplex.

2) Kol. Garliński przedstawił chorą z **podostrą jaskrą zapalną.**

3) Kol. Goldman przedstawił 19-letniego mężczyznę, u którego z powodu śródmiąższowego zapalenia nerek, nie ustępującego żadnym wewnętrznym środkom, dokonał **obłuszczenia nerek** z wynikiem dla chorego bardzo pomyślnym.

4) W odpowiedzi na zaproszenie na obchód jubileuszu Nowin lekarskich, mający się odbyć w Poznaniu d. 13 i 14 grudnia, postanowiono wysłać depeszę.

5) Na jubileusz Dra Rajchmana jako delegat Towarzystwa łódzkiego został wybrany Dr Maybaum

6) Wskutek zwrócenia się do Zarządu kilku kolegów co do zmiany regulaminu, tyczącego się wygłaszania odczytów na posiedzeniach Towarzystwa lekarskiego przez nie lekarzy — zebrani większością głosów zgodzili się na wniosek Zarządu, aby regulamin zmienić w ten sposób: Nie lekarz może wygłosić odczyt jedynie na posiedzeniu nadzwyczajnem, osobno w tym celu zwołanem. O zwołaniu posiedzenia rozstrzyga Zarząd. Odczyt powinien być zgłoszony przez członka Towarzystwa lekarskiego.

7) S. Sterling: **Nowe zagadnienia w nauce o gruźlicy.** Każda zdobycz naukowa w biologii pociąga za sobą powstanie nowych, nieprzewidzianych zagadnień. — Wykrycie lasecznika Kocha Sprawa zmienności (variabilitas) typów prątka (bovini, humani, gallinacei). Poglądy Ortha, Neufelda, Komisyi angielskiej, doświadczenia Ebera. Zwycięstwo zdaje się po stronie unitarystów. — Memoryał Calmettea o drogach zakażenia gruźlicą. Wielkie znaczenie jelit jako wrót zakażenia. Nie wolno utożsamiać zarażenia gruźlicą przez drogi trawienne z zarażeniem pokarmami; zarażenie pokarmami zdarza się względnie rzadko, zarażenie przez jelita bardzo jest powszechne. — Zagadnienie związane z domniemaną częstą obecnością laseczników gruźliczych we krwi niema wielkiej wagi, albowiem samo spostrzeżenie zdaje się nieścisłem. Badania przez szczepienie zwierząt przeczą wynikom badań mikroskopowych krwi (wynik badań na oddziale prelegenta: ledwie u 15% krwią szczepionych zwierząt udawało się wykryć gruźlicę, przyczem jedynie ciężkie przypadki suchot dały wynik dodatni). Zagadnienie ftizyogenezy, jak je rozwiązał Römer; suchoty płuc ludzi dorosłych, jako wynik autoinfekcyi, rzadziej heteroinfekcyi masowej. Nierozwiązane pytanie, dlaczego tylko ustrój dziecięcy, zetknąwszy się poraz pierszy z zarazkiem gruźlicy, nabywa odporności, wówczas kiedy ustrój dorosłego w tych samych warunkach pada ofiarą ostrej gruźlicy. Usiłowania powrócenia treści określeniu: konstytucya. Tradycya szkoły wiedeńskiej. Status hypoplasticus. Zołzy (scrophulosis) jako czynnik rzekomo konstytucyjny, zabezpieczający od suchot płucnych. Inne komentowanie tegoż stanu i jego skutków zgodnie z teoryą Römera. Prace E. Zielińskiego i Polańskiego nad anatomicznymi składnikami konstytucyi dały obraz zwyrodnień, powstających raczej jako skutek zakażenia gruźliczego. Teorya mechaniczna Freund-Harta nie wyjaśnia nawet przyczyny powstania ogniska pierwotnego w płucach, bo pierwsze powstaje w okolicy wnęki płucnej. Zwężenie górnego otworu jest skutkiem zakażenia; tylko ubocznie wpływa na to, że pierwsze ogniska postępującej gruźlicy sadowią się w szczytach płuc. Metody badań Abderhaldena w stosunku do gruźlicy. Samo rozpoznanie faktu zakażenia gruźliczego nie będzie przez te metody ułatwione; natomiast możliwem się stanie sprawdzenie, jakie narządy są przez sprawę zajęte. Zagadnienia lecznicze. Bezdroża, na których się znalazła chaotycznie stosowana tuberkulina. Nowe ujęcie zagadnienia przez pracę H. Mucha, który w lasecznikų gruźliczym wykazał cztery chemicznie różne części składowe. Użycie tych składników jako wywoływaczy (Antigene) i otrzymanie w ustroju czterech niweczników cząstkowych (Partial-Antikörper). Uodpornienie (czynne i bierne) uwzględnić musi odporność humoralną i komórkową; istnienie tej ostatniej utrudnia, może uniemożliwia, stosowanie terapii uodporniającej biernej. Teorya różnego działania obecnie stosowanej terapii tuberkulinowej. — Lecznictwo chirurgiczne. Mylnie postawione zagadnienie wyleczenia tą metodą suchot. Tylko tam osiągamy wyleczenie, gdzie już istnieje potrzebna skłonność biologiczna. Wielkiem zwycięstwem jest powstrzymanie postępu choroby i już taki wynik należy uznać za usprawiedliwiający racyę bytu tej metody. (Streszczenie własne).

Sejmowe sprawy sanitarne w roku 1914.

Załatwienie sprawy ordynacyi wyborczej do Sejmu, która przez szereg lat fatalnie zaciążyła na toku wszystkich spraw krajowych, a najwięcej może na dziale sanitarnym, pozwoli zapewne Sejmowi w bieżącej sesyi załatwić nareszcie sprawozdania Departamentu V. Wydziału krajowego, za lat już kilka w Sejmie zalegające. Przybywa do nich jeszcze jedno, właśnie wniesione do Sejmu, za czas od 1 lipca 1912 do 30 czerwca 1913, obejmujące także zestawienia rachunkowe za rok 1912.

W r. 1912 wynosiły wydatki kraju na cele zdrowia publicznego wogóle 8,756361 kor., o 1,183 242 kor. więcej od kwoty na ten rok preliminowanej, a o 1,464,267 kor. więcej od wydatków w r. 1911. — Po potrąceniu jednak dochodów, płynących głównie z majątków, jakie posiadają 3 wielkie zakłady krajowe, a po części ze zwrotu kosztów leczenia od gmin, wynosił w roku 1912 wydatek czysty (netto) z funduszu krajowego 5,556.138 kor., to jest o 719.619 kor. więcej, aniżeli w r. 1911.

Główną rubrykę wydatków stanowiły jak zwykle koszta leczenia w szpitalach (3,594.225) i wydatki 3 wielkich zakładów krajowych (Kulparków 1,691.401, szpital św. Łazarza w Krakowie 1,101.637, szpital lwowski 1,504.989). Następnie idą raty amortyzacyjne budowy zakładu w Kobierzynie (203.104), koszta szczepień ochronnych krowianką (154.971), lekarzy okręgowych (108.042), utrzymanie podrzutków (80.235, rubryka jak zawsze

fatalna, z kwotą 75.623 kor. za utrzymanie podrzutków w Wiedniu, a 2.143 kor. w Pradze!), zasiłki dla zakładów sanitarnych (64.230), dalej nowe rubryki: koszta wiktu w szkole dozorczyń przy szpitalu lwowskim (28.816), pokrycie niedoboru Towarzystwa szpitalika św. Zofii w Lwowie (16.901), w końcu szereg drobniejszych wydatków (leki podczas epidemii 12.818, stypendya dla lekarzy na podróże naukowe 6.000, stypendya dla akuszerek i zapomogi dla położnic 5.920, koszta leczenia wodowstrętu w zakładzie krakowskim 3.072 kor.).

Dołączona do sprawozdania tabela wykazuje, że jeden dzień szpitalny kosztował w roku 1913 we Lwowie w oddziałach szpitalnych 2·84 h., w klinicznych 5·87 h., w Krakowie w oddziałach szpitalnych 2·78 h., w klinicznych 3·11 h., w Kulparkowie 1·74 h. Samo żywienie chorych w oddziałach szpitalnych kosztowało na dzień i głowę we Lwowie 71 hal., w Krakowie 78 hal., w Kulparkowie 66 hal.

Z podanych w sprawozdaniu tablic porównawczych wynika, że co do opieki nad chorymi Galicya jak dawniej, tak i teraz znajduje się na szarym końcu wśród wszystkich krajów w Austryi. Tablice te odnoszą się do r. 1910, w którym przypadało

	w Galicyi	na Bukowinie	w Czechach	w całej Austryi	
jedno łóżko w szpitalach pubilcznych na	1.613	1.079	629	665	mieszk.
jedno łóżko w publicznych zakładach porodowych na	82.942	22.746	12.771	14.092	»
jedno łóżko w publicznych zakładach obłąkanych	6.494	1.895	1.012	1.191	»
a średni koszt dnia szpitalnego wynosił . .	1·69	2·60	2·60	2·73	koron

Wymowa tych cyfr jest wprost straszna. Pomimo wielkich ofiar, jakie kraj w ostatnich latach ponosił na szpitalnictwo, postęp jest ciągle zbyt powolny i nie dotrzymuje kroku nawet przyrostowi ludnośei w krają, jak o tem obszerniej już pisałem w r. 1912. I nie będzie lepiej, dopóki się za jednym zamachem nie stworzy jakich 1.500—2.000 nowych łóżek szpitalnych; dopiero w ten sposób zmniejszywszy odstęp między Galicyą a resztą Austryi, będzie można stanąć zaledwo w początku walki ze stałem okropnem przepełnieniem naszych szpitali i próbować dalszy przyrost łóżek szpitalnych dostosować do przyrostu ludności.

Przechodząc kolejno ważniejsze zmiany w szpitalnictwie i uzupełniając główne swe sprawozdanie szeregiem osobnych relacyi i wniosków, musiał Wydział krajowy tym razem w wielu niestety miejscach zaznaczyć przymusowy zastój z powodu znanej klęski ekonomicznej, dotykającej cały kraj.

W krajowym szpitalu we Lwowie nie postąpiła naprzód ani sprawa otwarcia kliniki dermatologicznej, ani budowy dalszych klinik, ponieważ Wydział krajowy, mimo licznych przynagleń, nie otrzymał od rządu odpowiedzi w sprawie budowy centralnej kotłowni klinicznej, oraz planów i kosztorysów klinik. Przybył szpitalowi »krajowy zakład zakaźny«, oddany do użytku 1 stycznia 1913, złożony z 4 budynków administracyjnych, domu przyjęć i 3 pawilonów dla chorych, mieszczących 120 łóżek. Pawilonów z dalszymi 130 łóżkami, które mają stanąć stosownie do umowy z gminą m. Lwowa, dotąd nie można było rozpocząć budować. Po otwarciu zakładu zakaźnego odnowiono dawne pawilony izolacyjne szpitala, jeden z nich obracając na mieszkania służby szpitalnej, drugi dla chorych kiłowo-skórnych. Sprawa rekonstrukcyi głównego gmachu szpitalnego postąpiła tylko o tyle, że zdjęto dokładne plany obecnego gmachu i przygotowano 3 projekta przebudowy, jako podstawę do planu szczegółowego; tożsamo odnosi się do przebudowy kuchni. Na razie ze wszystkich projektowanych rekonstrukcyi podjęto tylko rekonstrukcyę pralni. Inne spełzły na niczem z powodu niedojścia do skutku sejmowej uchwały budżetowej i znanych wskutek tego ograniczeń w wydatkach krajowych; z tego samego powodu utknęła sprawa dokupienia gruntów w sąsiedztwie szpitala od wojskowości.

W szpitalu krakowskim postąpiła nieco naprzód sprawa budowy pawilonów położniczych z pomieszczeniem dla rządowej szkoły położnych, od lat kilkunastu już pełznąca na jałowych rokowaniach. Teraz, gdy rząd zdecydował się budować osobną klinikę położniczą, doszło nareszcie do układu, że szkoła położnych umieszczona zostanie w gmachu krajowego zakładu położniczego za czynszem, przez rząd opłacanym, i do ułożenia programu budowy. Ale dopiero rozpoczną się pertraktacye z rządem o wysokość owego czynszu i dopiero potem będą mogły być opracowane plany i kosztorysy zakładu. Wszelkie projektowane w szpitalu krakowskim rekonstrukcye musiały być odłożone z tegoż powodu, co i we Lwowie, — prócz jedynej tylko rekonstrukcyi kościoła św. Łazarza (kosztem 30.254 k.), nie znoszącej żadnej już zwłoki, bo zamakały sklepienia kościoła. Arcyważną sprawę szpitala dziecięcego św. Ludwika, w którym leczy się ubogie dzieci kosztem funduszu krajowego, załatwił Wydział krajowy zapomocą zawarcia na lat pięć umowy z Towarzystwem opieki szpitalnej dla dzieci (które utrzymuje szpital św. Ludwika) na zmienionych warunkach. Mianowicie za leczenie ubogich dzieci, przysyłanych ze szpitala św. Łazarza, otrzymywać będzie szpital św. Ludwika rocznie ryczałtowo 58.500 kor. zamiast dotychczasowych 42.000 kor., przyczem jednak zwinięty zostanie w szpitalu tym dotychczas istniejący oddział chirurgiczny, a rozszerzony i odnowiony oddział zakaźny. Na pomieszczenie dzieci, dotkniętych chorobami chirurgicznemi, zbudował Wydział krajowy na terytoryum szpitala św. Łazarza barak kosztem 86.100 kor., pożyczonych tymczasowo z funduszów tego szpitala. Ponieważ zaś Towarzystwo opieki szpitalnej dla dzieci stanowczo oświadczyło, że po wygaśnięciu obecnie zawartej umowy, t. j. po r. 1918, dalszego leczenia dzieci w zastępstwie kraju się nie podejmie, zamierzając założyć w Krakowie dyspensatoryum dla dzieci zołzowatych i oddział dla dzieci — rekonwalescentów, a w Rabce stałe sanatoryum dla dzieci zołzowatych i gruźliczych, przeto Wydział krajowy zapowiada wniosek o budowę oddziału dla dzieci w szpitalu św. Łazarza i o nabycie z tego powodu na rzecz kraju gruntów w sąsiedztwie tego szpitala. Takie rozrzerzenie terytoryów szpitala św. Łazarza byłoby potrzebne także i ze względu na konieczną budowę nowych pawilonów zakaźnych; ofiarowane bowiem na ten cel przez gminę m. Krakowa grunta są, zdaniem Wydziału krajowego, zbyt odległe, przez co administracya i obsługa lekarska tam postawionego zakładu zakaźnego byłaby utrudniona.

I w zakładzie kulparkowskim wstrzymał stan finansów krajowych zamierzone ulepszenia (wprowadzenie światła elektrycznego); jedynie tylko zakupiono źródła, mające dostarczyć wody do wodociągów zakładowych i opracowano ich plany.

Budowa zakładu dla umysłowo chorych w Kobierzynie postępowała prawidłowo, acz z opóźnieniem, wywołanem kilku przyczynami. Do nich należą trudności techniczne, zależne od geologicznych właściwości terenu, a wikłające i przedłużające roboty ziemne, brak na miejscu niezbędnej do budowy wody, którą sprowadzić musiano rurociągiem z Wisły, odległej o 4 klm., słotne lata 1910 i 1913, przeszkadzające dostawom, wreszcie trudne warunki kredytowe. Niemniej cały zakład znajduje się obecnie już w okresie wykończania, a ponieważ równocześnie z właściwą budową przygotowują się urządzenia wewnętrzne, przeto spodziewać się można w połowie r. 1914 ukończenia wszystkiego i oddania zakładu do użytku. Aby gospodarczą część zakładu odrazu tak zbudować, by wystarczała także w razie zwiększenia liczby łóżek z 500 na 800, wnosi Wydział krajowy o kredyt dodatkowy 217.000 kor. na rozszerzenie pralni, kuchni, piekarni i na budowę osobnego domu dla Sióstr miłosierdzia. Z ogólnego kredytu, przyznanego pierwotnie przez Sejm w kwocie 7,068.000 kor., wydano dotąd 4,600.000 kor.

Na sprawach szpitali prowincyonalnych odbił się oczywiście zastój prac Sejmu i brak pieniędzy w funduszu krajowym nie mniej, niż na szpitalach stołecznych. Nietylko więc niejedna postanowiona już budowa lub przebudowa nie mogła być rozpoczęta, ale nawet cały szereg wniosków Wydziału krajowego, przedłożonych Sejmowi w r. 1912, bez którego uchwały postanowić robót nie można, zalega — nie załatwiony. Ponawia więc Wydział krajowy wnioski zeszłoroczne o budowę nowych gmachów dla kilku szpitali, najgorszych obecnie w kraju, jako to w Bochni, w Jaśle (na 60 łóżek), w Podhajcach (na 60 łóżek), w Stanisławowie (na 200 łóżek). Przybywa do tego wniosek o budowę nowego gmachu dla szpitala w Rzeszowie (na 80 łóżek), obecnie fatalnie pomieszczonego w budynku, dzierżawionym od miasta — wniosek niezmiernie na czasie — oraz wniosek o znaczniejszą przebudowę szpitala w Drohobyczu z budową nowego pawilonu zakaźnego (na 15 łóżek) co chociaż w części poprawi warunki tego szpitala i zmniejszy straszne je-

go przepełnienie (na 120 łóżkach etatowych leczono w r. 1911 średnio 169 chorych dziennie, w roku zaś 1912 średnio 173, a w miesiącach zimowych nawet do 250!). Równie pomyślną wiadomością, jak te wszystkie wnioski, jest wiadomość o rokowaniach, podjętych z wydziałami powiatowymi w sprawie przebudowy i rozszerzenia szpitali w Krośnie i Tarnobrzegu, oraz o zamiarze rekonstrukcyi szpitali w Wadowicach, Zaleszczykach i Żywcu, których plany i kosztorysy są w opracowaniu. Byle wszystkie te wnioski zostały nareszcie przez Sejm uchwalone!

O projekcie budowy zupełnie nowego szpitala wspólnie z rządem mowa jest w Wieliczce.

Z dawniej już postanowionych nowych szpitali jest w toku budowa w Nadwórnie (kosztem 186.723 kor.), z większych przebudów kończą się roboty w Przemyślanach. — Doczekał się otwarcia nowy szpital w Nowym Targu, natomiast w Horodence przewleka się to jeszcze ciągle z powodu nieruchawości Wydziału powiatowego, który nie usunął przeszkód do sankcyonowania ustawy, dozwalającej szpital otworzyć. Drobniejsze adaptacye przeprowadzono w Brzeżanach, Dolinie, Kałuszu, Przemyślu i Tarnowie.

Okręgi sanitarne otaczał Wydział krajowy w roku, objętym sprawozdaniem, bardzo wyraźnie szczególniejszą pieczą, starając się przyspieszyć wykończenie sieci tych ważnych posterunków lekarskich. Oprócz bowiem 2 okręgów, które w tym czasie można było utworzyć (projektowanych 2 innych nie utworzono z powodu nieprzychylnej opinii Krajowej Rady zdrowia), była w toku sprawa utworzenia 15 dalszych okręgów, a Sejmowi przedstawia Wydział krajowy wniosek utworzenia 12 okręgów w 8 powiatach. Obecnie posiada Galicya 190 okręgów sanitarnych, prawie więc już połowę tej liczby, która jest planowana. Niestety aż 50, to jest przeszło czwarta część tych okręgów jest nieobsadzonych, mimo, że celem pozyskania lekarzy na wakujące posady w wielu okręgach podwyższono płacę i ryczałt na objazdy. Wśród 50 okręgów wakujących wynoszą w 13 pobory 2.000 k., to jest najwyższą kwotę, jaką dotąd okręgi dotowano. Z istniejących okręgów wynosi płaca w 63 po 1.000 kor., w 95 po 1.200 kor., w 32 po 1.300—1.400 kor., a ryczałt na objazdy w 17 od 400—600 k., w 70 od 600—650 kor., w 103 od 700—800 kor.

Dalsza część sprawozdania zawiera pod tytułem »Sprawy ogólne« szereg ważnych spraw rozmaitego rodzaju.

Z pośród nich niektóre powinnyby być włączone raczej w tę część sprawozdania, którą poświęcono szpitalnictwu. Należy tu mianowicie szereg wniosków Wydziału krajowego, odnoszących się do poprawy płac i do zwiększenia personalu szpitali. Są to wnioski o podwyższenie płac niektórych urzędników w szpitalu św. Łazarza w Krakowie, we Lwowie i w zakładzie kulparkowskim, w którymto zakładzie proponuje Wydział krajowy również podwyższenie płac lekarzy (prymaryuszy z 3.400 na 4.000 kor., ordynaryuszy z 2.100 na 2.600 kor., sekundaryuszy z 1.500 na 1.900 kor., nadto dodatek aktywalny 1.000 kor. dla lekarzy (nie mających mieszkania w zakładzie). Dla kierowników oddziału ocznego i zakaźnego w Krakowie oraz oddziału rentgenowskiego we Lwowie proponuje Wydział krajowy dodatki osobiste lub funkcyjne (po 600—1.000 k.). Co ważniejsza, wnosi Wydział krajowy, aby statut emerytalny dla urzędników Wydziału kraj. stosował się odtąd także do całego personalu lekarskiego i administrac. wszystkich trzech wielkich zakładów krajowych. Liczba lekarzy pomocniczych w Krakowie ma być zwiększona o 5, w Kulparkowie o 4. Za doniosły uznać należy wniosek o utworzenie drugiej posady inspektora szpitali krajowych w VI. randze; byłby to początek wypełnienia postulatu, że liczba sił lekarskich w biurach Wydziału krajowego powinna być zwiększona. Niemniej doniosłą rzeczą ze względu na zasadnicze swe znaczenie, jest dokonane przez Wydział krajowy utworzenie osobnego prymaryatu chorób wewnętrznych w Przemyślu; można w tem upatrywać pierwsze kroki ku racyonalnej organizacyi większych szpitali prowincyonalnych, a że tą myślą Wydział krajowy istotnie się tu kierował, to zdaje się wynikać z motywów, jakimi w sprawozdaniu uzasadniono utworzenie tego prymaryatu. Najważniejszem jednak w tym zakresie jest oświadczenie Wydziału krajowego, że wnioski w sprawach poprawy bytu personalu szpitalnego uważa za »częściowe załatwienie tych spraw«, że więc regulacyi poborów i reorganizacyi służby lekarskiej nie spuszcza z oka i przedstawi odpowiedni projekt, »gdy pomyślniejszy stan funduszów krajowych na to pozwoli«.

Do tego zakresu należy też wiadomość o udzielonych lekarzom zasiłkach na podróże naukowe. W roku 1913 udzielono takich zasiłków (z kwoty pozostałej z r. 1912) sześciu lekarzom, wymienionym w sprawozdaniu imiennie, a mianowicie jednemu dyrektorowi szpitala, 3 sekundaryuszom i 2 kierownikom pracowni rentgenologicznych. Wydział krajowy nie wspomina o wyniku tych podróży; od siebie więc dodam, że trzej lekarze ogłosili sprawozdanie z nich w »Przeglądzie lekarskim«, plon więc piśmienniczy był większy, niż kiedykolwiek.

W związku z podniesieniem poziomu szpitalnictwa i ruchu naukowego w szpitalach są też chwalebne usiłowania wprowadzenia jednolitej statystyki szpitalnej w całym kraju według programu, wypracowanego przez Dra Krzyszkowskiego, dyrektora szpitala krakowskiego. Z żywem zadowoleniem czyta się zapowiedź, że zebrany materyał statystyczny będzie w przyszłości publikowany.

Sprawa niezmiernej dla szpitalnictwa wagi, reforma normy żywienia, wymagająca, jak Wydział krajowy zaznacza, zwiększenia wydatków na żywienie, poszła z powodu złego stanu finansów krajowych niestety w odwłokę; z uznaniem podnieść należy zapowiedź, że materyały, zebrane w sprawie reformy żywienia, zostaną przedłożone do rozpatrzenia czynnikom fachowym (zapewne ankiecie).

Poza temi sprawami z zakresu szpitalnictwa porusza sprawozdanie Wydziału krajowego jeszcze kilka tylko »spraw ogólnych«, co prawda wagi pierwszorzędnej. Co do zwalczania gruźlicy, wskazuje Wydział krajowy na to, że dotychczasowa dotacya dla nauczycielstwa i młodzieży na leczenie sanatoryalne w kwocie 22.000 kor. rocznie, jest niewystarczająca i należy ją zwiększyć.

Dalej podnosi Wydział krajowy konieczność poparcia akcyi, zmierzającej do podniesienia zdrojowisk i uzdrowisk; niestety znowu przesilenie finansowe zmusiło do skreślenia subwencyi 4.000 kor., która miała być wypłacona Związkowi zdrojowisk i uzdrowisk. Zawiadamiając Sejm o skutecznej akcyi celem zwiększenia liczby członków Najwyższej Rady zdrowia, powoływanych z Galicyi, zapowiada Wydział krajowy dalsze w tej mierze starania. Dalej zaleca Wydział krajowy uwzględnienie petycyi Towarzystwa higienicznego we Lwowie o subwencyę na cele I. Zjazdu higienistów polskich.

Wreszcie zawiera sprawozdanie wiadomości o dwu ważnych akcyach w sprawie opieki nad obłąkanymi, których przebieg i wynik są już powszechnie znane ze sprawozdań w prasie lekarskiej, dlatego tu o nich wystarczy krótka wzmianka. Są to: starania o zmianę rządowego projektu ustawy o ubezwłasnowolnieniu, oraz urządzona przez Wydział krajowy ankieta w sprawie opieki nad nieuleczalnymi obłąkanymi. Protokół tej ankiety dołączono w całości do sprawozdania.

Tegoroczne sprawozdanie Departamentu V. Wydziału krajowego zasługuje na uznanie pomimo tego, że wiele spraw pilnych nie posunęło się naprzód. Ten zastój bowiem jest tym razem skutkiem prawdziwej »vis major«, ogólnego zabagnienia stosunków politycznych w kraju przez sprawę reformy wyborczej i przesilenia w finansach krajowych, powstałego nie bez winy parlamentu; a jeżeli przecież mimo tej »vis major« zdołał Departament V. Wydziału krajowego niektóre roboty przeprowadzić i część spraw od zabagnienia ocalić, to jestto istotnie wielką dla toku spraw sanitarnych krajowych zasługą. Nadto widać ze sprawozdania, że Departament V. starał się wszystkie powstrzymane wbrew jego chęciom sprawy tak tymczasem przygotować, aby wykonanie mogło rozpocząć się nieodwłocznie, skoro tylko finanse krajowe jakotako wrócą do równowagi. Przebija też z tegorocznego sprawozdania chęć zobrazowania działalności Wydziału krajowego na polu zdrowia publicznego w szerszym zakresie; w tym względzie odbija sprawozdanie korzystnie od zeszłorocznego i przypomina dawniejsze. A chociaż brak w niem jeszcze kilku spraw, które już owe dawniejsze sprawozdania uwzględniły, a które później pomijano milczeniem, to jednak takiem, szerszem ujęciem rzeczy budzi tegoroczne sprawozdanie nadzieję, że i te, teraz pominięte sprawy powrócą do programu pracy Departamentu V. i że za niemi pójdzie coraz dzielniejsza jego inicyatywa w przypadającym mu zakresie. C.

II. Zjazd internistów polskich we Lwowie

w dniach 17. i 18. lipca 1914*).

Stosownie do uchwały poprzedniego Zjazdu przedmiotem rozpraw będą w b. r. następujące tematy główne:

I. Moczówka cukrowa (diabetes mellitus); referenci: kol. M. Jakowski i A. Landau z Warszawy.

II. Sztuczna odma piersiowa przy leczeniu gruźlicy płuc; referenci: kol. K. Dłuski (Zakopane), kol. S. Sterling (Łódź).

Wobec krótkości czasu i dla ułatwienia prac przygotowawczych uprasza uprzejmie komitet gospodarczy miejscowy o zgłaszanie się do rozpraw nad tematami głównymi i z samodzielnymi wykładami najpóźniej do 15. maja b. r.

Dotąd zgłoszono następujące wykłady.

1) Najnowsze metody leczenia gruźlicy płucnej i ich wyniki, kol. Stefan Rudzki (Zakopane).

2) O gruźlicy otyłych, kol. Rudzki (Zakopane).

3) O klimacie Zakopanego, kol. S. Rudzki i kol. B. Wigilew (Zakopane).

4) Stopniowo dawkowana praca fizyczna jako czynnik leczniczy w uzdrowiskach dla gruźlicy na Zachodzie, kol. A. Kuczewski (Zakopane).

5) Badania doświadczalne nad zachowaniem się płynu mózgowo-rdzeniowego pod wpływem ostrych zatruć, kol. Rothfeld i kol. Siengalewicz (Lwów).

Dalsze zgłoszenia należy nadsyłać pod adresem: Prof. Dr R. Rencki, Lwów, Romanowicza 3.

Za komitet gospodarczy miejscowy we Lwowie

Sekretarz: A. Sabatowski. Przewodniczący: R. Rencki.

---

†

Dr Franciszek Sękiewicz.

(Wspomnienie pośmiertne).

Dnia 2. lutego b. r. zmarł, padając ofiarą zawodu, Dr Franciszek Sękiewicz, c. k. lekarz powiatowy w Buczaczu, z duru osutkowego, zaraziwszy się przy pełnieniu obowiązków w Bortnikach koło Monasterzysk.

Ś. p. Sękiewicz urodził się w r. 1868 w Sieniawie w Jarosławskiem. Będąc synem ubogich rodziców, tylko udzielaniem lekcyi zarabiał na utrzymanie tak podczas studyów w szkołach średnich, jak i na uniwersytecie. Na uniwersytet uczęszczał początkowo w Wiedniu, gdzie zrazu studyował prawo, a dopiero złożywszy pierwszy egzamin państwowy, przeniósł się na wydział lekarski. W życiu akademickiem polskiem brał żywy udział, a dzięki zapałowi do każdej pracy społecznej i niepospolitej wymowie zajął w niem wybitne stanowisko. W Wiedniu wykształcił się w języku niemieckim, którym zawładnął biegle, a prace jego naukowe, ogłaszane później w czasopismach fachowych niemieckich, odznaczały się doskonałym stylem. Po trzech latach przeniósł się na uniwersytet Jagielloński i tu w r. 1896 uzyskał stopień doktora wszech nauk lekarskich.

Mimo wybitnych zdolności nie mógł z powodu braku środków do życia poświęcić się dalszej pracy naukowej, o której marzył; osiadł w Turce jako lekarz miejski, a następnie, złożywszy egzamin fizykacki, wstąpił do służby rządowej. Początkowo pracował na tem stanowisku w Turce, następnie we Lwowie, Drohobyczu, Czortkowie i Buczaczu, a wszędzie, tak z powodu wybitnych zdolności i gorącego oddania się swemu zawodowi, jak i z powodu gorliwej pracy w towarzystwach oświatowych i dobroczynnych, ogólny sobie zdobywał szacunek i wielkie uznanie.

Wśród wytężających i żmudnych zajęć znajdował czas i siły na pracę naukową. Owocem jej jest kilka większych rozpraw z zakresu epidemiologii i higieny publicznej, których szereg rozpoczyna rzecz o epidemiach duru plamistego w Galicyi (»Über die Flecktyphusepidemien in Galizien im J. 1902«), opracowana starannie na zasadzie statystyki i własnych spostrzeżeń, a ogłoszona w »Das österreichische Sanitätswesen« w r. 1904. Piśmiennictwo niemieckie w tym przedmiocie często powołuje się na tę pracę, jako na źródło poważnej wartości. Pisał dalej o pomocy położniczej dla ludu (»Über Hebammen und den geburtshilflichen Beistand in den Landgemeinden Galiziens«, Amtsarzt 1912. Nr 4 i 5), i i. Wśród trudnych prowincyonalnych warunków ze siebie dawał tutaj przykład, usilnie też zabiegał o rozbudzenie ruchu w oddziałach Towarzystwa lekarzy galicyjskich; toteż oddział czortkowski wybrał go swoim prezesem. Równie żywy udział brał ś. p. Sękiewicz w zjazdach naukowych, a na zjazdach lekarzy rządowych austryackich ceniono jego doświadczenie i słuchano go uważnie, ilekroć przemawiał w dyskusyach naukowych.

Gorąco przejęty poczuciem koleżeństwa, położył zasługi w sprawach zawodowych. Z jego to inicyatywy i za jego staraniem zdołali w r. 1906 uzyskać polepszenie bytu asystenci sanitarni, których wówczas cały szereg, latami pozostając w najniższej randze urzędniczej, znajdował się w fatalnych wprost warunkach materyalnych.

Pomimo troskliwych starań wszystkich miejscowych i okolicznych kolegów, którzy go wszyscy serdecznie kochali i w ostatniej chorobie pielęgnowali, zgasł ś. p. Sękiewicz po dwutygodniowej walce ze śmiercią, właśnie gdy zdawał się następować zwrot ku lepszemu, osierocając wdowę i sześcioro drobnych dzieci. Śmierć jego wzbudziła żal powszechny i współczucie dla rodziny, pozostającej w warunkach tak trudnych, a dowodem tego był tłumny udział w pogrzebie, który się odbył w Buczaczu 4. b. m. Bo jakim był ś. p. Sękiewicz człowiekiem, świadczą te słowa, wyjęte ze wzruszającej mowy Dr Borysiewicza, wygłoszonej nad grobem: »Idealista w najlepszem i najszlachetniejszem znaczeniu, jak sam dobry był i poczciwy, tak we wszystkich widział jeno dobre strony, bronił i tłómaczył, gdy kogoś obarczano zarzutami, godził kolegów. On, który sam wiele od losu i ludzi przecierpiał, tkliwy na cudze cierpienie, nigdy nie sprawił nikomu najmniejszej przykrości«. A podnosząc niezmużoną walkę zmarłego o dobro dla drugich, fizyczne i moralne słusznie żegnał mowca w ś. p. Sękiewiczu nietylko dzielnego lekarza i obywatela, ale prawdziwego »żołnierza-rycerza idei«.

Dr Grudzewski

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 18. II. 1914 posiedzenie, na którem prof. Ciechanowski przedstawił przypadek zapalenia ropnego żyły wrotnej i śledzionowej w następstwie zapalenia wyrostka robaczkowego, prof. Wachholz wygłosił wykłady o szkielecie wydobytym na Wawelu w r. 1913 i o nowej sekcie religijnej, Dr J. Landau przedstawił przypadek nowotworu mózgu, Dr Rzegociński przypadek dwukrotnej niedrożności jelit u tegosamego chorego, doc. Radliński przypadek doszczętnie operowanego raka wargi dolnej, prof. Kader przypadki przeszczepienia mięśni, kiły trzeciorzędnej mostka i resekcyi stawu barkowego, a Dr Hładij przypadek resekcyi żołądka. W dyskusyi przemawiali Dr Damski, Rydel, Wachtel, prof. Ciechanowski, Kader, Wachholz i i.

— Na pomnik Karola Marcinkowskiego złożyli w Redakcyi »Przeglądu lekarskiego« w dalszym ciągu: Dr Antoni Kuczewski z Zakopanego (Vejlefjord w Danii) 10 kor., Dr Leonard Klonowski (Kosów obok Kołomyi) 2 kor. Ogółem razem z poprzedniemi 282 K.

— Otrzymujemy następujące pismo:

»Chcąc założyć muzeum, odnoszące się do zdrojowisk i uzdrowisk obecnych lub byłych w granicach dawnej Polski, proszę najuprzejmiej wszystkich kolegów, oraz zarządy zdrojowisk i uzdrowisk, zakładów leczniczych i t. d. o przysłanie wszelkich broszur, prac lekarskich, druków, prospektów, ogłoszeń, przepisów i recept lekarskich i t. d., a także i wszelkich innych przedmiotów, odnoszących się do zdrojowisk i uzdrowisk polskich lub z nimi w jakiejkolwiekbądź styczności pozostających. Przedmioty takie z pewnością walają się i niszczeją u niejednego lekarza, a zebrane razem mogą przedstawiać dużą wartość. Przedmioty te będą na razie umieszczone u mnie, w przyszłości zaś oddane jednemu z Towarzystw lekarskich naukowych polskich.

Dr Stanisław Lewicki (Lwów, ul. 3. Maja — Krynica)«.

— Wśród wniosków poselskich w Sejmie zasługują na uwagę wnioski p. Głąbińskiego o oddanie lasów i domen w Galicyi w zarząd kraju (dotyczy to także Krynicy), oraz o połączenia kolejowe dla zdrojowisk galicyjskich.

*) Tuż po Zjeździe internistów w dniach 20. 21. i 22. odbędzie się we Lwowie I. Zjazd higienistów polskich.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 1. II. do 7. II. 1914 zgłoszono przypadków: błonicy 6 † 1 (obcych 1 † —), krztuśca 6 † 2 (— † —), ospy wietrznej — † — (— † —), płonicy 21 † 2 (1 † 1), odry 4 † — (— † —), duru brzusznego — † — (— † —), czerwonki — † — (1 † —), gorączki połogowej — † — (1 † —), róży 3 † 1 (1 † 1). Dr Janiszewski.

Warszawa. »Medycyna i Kronika lek.« (Nr 7) proponuje na wzór skróceń, przyjętych obecnie w Niemczech, następujące skrócenia tytułów pism lekarskich polskich w spisach literatury: G. l. = Gazeta lek„ M. K. l. = Medycyna i Kronika lekarska, N. l. = Nowiny lekarskie, P. T. l. w. = Pamiętnik Towarzystwa lek. warsz., T. l. = Tygodnik lek., Prz. = Przegląd i t. p.

— Dr Józef Brudziński zaproszony został do opracowania referatu głównego: »Zapobieganie chorobom zakaźnym w związku z budową nowych szpitali« na II międzynarodowym Zjeździe pedyatrów w r. 1915 w Brukseli.

Ruch chorych zakaźnych w szpitalu im. Karola i Maryi dla dzieci w Warszawie. Od 25. I. do 8. II. r. b. przyjęto do szpitala przypadków: płonicy 7 † 1, błonicy 5 † —, duru brzusznego 2 † —, gruźlicy płuc 1 † —. W tymże czasie zgłosiło się do ambulatoryum przypadków: płonicy 2, krztuśca 6, ospy wietrznej 1. Dr Łyskawiński.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 9. II. do 26. II. 1914. przypadków: ospy — † 1, płonicy — † —, róży — † —. Dr Trenkner.

Z różnych stron. Dr Franciszek Chłapowski, St. Łazarewicz, prof. H. Święcicki i Ign. Zielewicz z Poznania, Leon Szuman z Torunia, jakoteż prof. Dr Wicherkiewicz z Krakowa, mianowani zostali członkami honorowymi Polskiego Związku lekarzy i przyrodników w Petersburgu.

— Dr Ludwik Hirszfeld, warszawianin, kilkoletni asystent Zakładu badań nad rakiem w Heidelbergu, a obecnie asystent Zakładu higienicznego w Zurychu, habilitował się w uniwersytecie tamtejszym z zakresu higieny.

Mianowani: profesorami nadzw. w Wiedniu fizyolog Klein, patolog Sternberg, higienista Reichel, chemik Freund.

Zmarli: Dr Julian Kulski, członek honorowy Tow. lek. w Częstochowie, w 80 r. ż.; Dr Andrzej Knapczyk w 67 r. ż. w Boguminie na Śląsku; okulista prof. Völckers w Kiel.

Bibliografia.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in 12 Monatsheften. 1914. Nr 1. (Monachium, J. F. Lehmann). Cena 1·75 mk.

Tegoroczny zeszyt. styczniowy zawiera rozprawę prof. Schwarza: O istocie eozynofilii, oraz następujące prace prof. Lubarscha: Ogólna patologia chorób następowych. Stany przedrakowe, przerzuty. Odradzanie się i przeszczepianie. O powodzeniu wydawnictwa świadczy, że obecnie oprócz wydania niemieckiego ukazuje się wydanie rosyjskie i portugalskie. Z.

Redakcya otrzymała: Rosenhauch: 1) Artefacta oculistica propter servitutem militarin. 2) Kilaki tęczówki i siatkówki. 3) Chromatopsia post operationem cataractae. (Postęp okul.). 4) Rola grzybów i promieniowców w okulistyce. 5) O t. zw. »conjunctivitis Parinaudi«. (Przegląd lek.) 6) Über die Papillome des Hornhautlimbus. (Klin. Monatsbl. f. Aug.). 7) O brodawczakach rąbka rogówki. 8) Dwa przypadki promienicy narządu wzrokowego. (Postęp okul.). 9) Obecny stan badań nad etyologią jaglicy. (Tyg. lek.). 10) Üb. die sog. Conjunctivitis Parinaudi. (Archiv f. Augenheilk.). — Pisek: 1) Listy z kongresu międzynarodowego lekarskiego. 2) Sprawozdanie z dzieła Lewisa. (Tyg. lek. 1913). — Orzechowski i Walichiewicz: Przypadek operowanej torbieli śródpajęczej móżdżku. (Tyg. lek. 1913).

Odpowiedzialny redaktor:

Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 25. lutego 1914 w domu Towarzystwa (Radziwiłłowska 4). o godz. 6 wieczorem.** Na porządku dziennym: 1) Wykład Dr T. Janiszewskiego: Nowe sposoby odosabniania chorych zakaźuych. 2) Przedstawienie chorych z kliniki położniczej i chirurgicznej. 3) Dr Szymanowski i Bańkowski: Hodowle krętka bladego.

Szczawa Krondorfska uznana za najlepszą i naturalną.

Najlepsze skutki w nieżytach żołądka i pęcherza, jakoteż dróg oddechowych. 205

Prospekty rozsyła na żądanie Brunnen-Unternehmung Krondorf bei Karlsbad lub też Generalna reprezentacya dla Galicyi i Bukowiny, Kraków, Grodzka 48. Lwów, Sykstuska 31.

NATURALNA SÓL SZPRUDLA jest jedynie prawdziwą solą KARLSBADU Zastrzega się przed falsyfikatami 147

DR. ST. BENEDYKT KWIATKOWSKI 282

B. I. Asystent Kliniki chorób wewnętrznych U. J. ordynuje **w Meranie** (Haus Venosta) do **końca kwietnia** od **maja** zaś w **Maryenbadzie** (Haus Hamburg).

PRZETWORY MLECZNE

»Laktol« mleko kwaśne według met. Prof. Miecznikowa.
»Yoghurt« mleko kwaśne bułgarskie.
Kefir hygieniczny.
Mleko wielokrotne podwójne i potrójne wdłg. sposobu Prof. W. Jaworskiego.
Mieszanki dla niemowląt we flaszkach odpowiednio do wieku niemowlęcia.
Eiweissmilch (mleko białkowe) wdłg. Prof. Finkelsteina.
Mleko pełne do picia w stanie surowym (krowy każdego roku szczepione). 218

Kraków, Karmelicka 15. **„LAKTOL“** Kraków, Karmelicka 15.

UWAGA: Każdą bolę laktolu (mleko kwaśne) zaopatruje się w nalepkę hal. na fundusz lek. Dra Jordana.

„Therapia“ w Cirkvenicy nad Adryatykiem

sanatoryum fizykalno-dyetyczne z zakładem wodoleczniczym, gimnastyczno-ortopedycznym etc. Zimowe uzdrojowisko klimatyczne.

Kierownik: **Dr Jan Regiec.** 241

w lecie lekarz zdrojowy w Rymanowie.

Rok LIII. Kraków, dnia 28. lutego 1914. Nr 9.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Ze szpitala im. małż. Poznańskich w Łodzi.

Przypadek choroby Adams-Stokesa.

Podał *)

Dr Henryk Rosenthal

ordynator oddziału wewnętrznego.

Prace anatomiczne o specyalnych mięśniach sercowych, służących do bezpośredniego przewodnictwa pobudliwości, związane są z nazwiskami Hisa, Aschoffa, Tawary, Kocha, Fahra, Keith-Flacka, Moenckeberga i innych. Opierając się na badaniach doświadczalnych, dowiedli oni, że, w sercu większej części zwierząt ssących i człowieka istnieją specyalne wiązki mięsne, ciągnące się od prawego przedsionka do komór sercowych, a w przebiegu i budowie różniące się od właściwego układu mięśniowego serca. Przebieg tych wiązek (»układów« podług prof. S. Ciechanowskiego) najwyraźniej uwydatnia się, począwszy od tak zwanego węzła automatycznego Tawary. Węzeł ten znajduje się na granicy między przedsionkami i komorami, a składa się z bardzo poplątanych wązkich włókien mięsnych. Od węzła Tawary odchodzi pęczek zwany wiązką Hisa. Wiązka, przechodząc przez pierścień ścięgnisty, dzieli się na dwie gałęzie: lewą i prawą, z których pierwsza przechodzi w formie wachlarza do lewej komory aż do mięśni brodawkowych i do dolnych części lewej komory serca, druga zaś w postaci wązkiego, ledwie dostrzegalnego sznurka bieży w dół do komory prawej. Węzeł Aschoff-Tawary i pęczek Hisa zaopatrzone są w rozgałęzienia n. błędnego; nerw współczulny do nich nie dochodzi, i dlatego, o ile ośrodki te działają samoistnie, to dawać one mogą tylko około 36 pobudzeń do skurczów na minutę.

U ujścia żyły głównej górnej do prawego przedsionka, w bruździe pogranicznej znajduje się wykryty przez Keitha i Flacka węzeł, złożony z mięśni, obficie zaopatrzonych w nerwy i naczynia. Węzeł ten, zwany węzłem zatokowym (Sinusknoten), jest głównym ośrodkiem automatycznym, pobudzającym skurcz najpierw przedsionków, a później komór. (Wyżej wspomniany węzeł Tawary jest ośrodkiem automatycznym drugiego rzędu). Do węzła Keith-Flacka dochodzą gałązki zarówno nerwu błędnego, jak i nerwów przyspieszających (od nerwu współczulnego). Wskutek antagonistycznego wpływu obydwóch tych nerwów na węzeł Keith-Flacka, ten węzeł daje na minutę około 60 podrażnień. Dokładna budowa histologiczna dróg, służących do przewodnictwa, nie jest jeszcze wyczerpująco znana. Z nowszych badań zdaje się wynikać, że układ omawiany tem różni się u człowieka od innych mięśni serca, że składa się w dolnych swych komorowych częściach z szerokich, bogatych często w glikogen włókien Purkinyego i że prawdopodobnie nie posiada zasadniczej cechy mięśni, czyli kurczliwości. W każdym razie jest to układ mięśniowy, ale bardzo ściśle splątany z nerwami. Węzeł Keith-Flacka ma prawdopodobnie połączenie z węzłem Aschoff-Tawary.

Jeżeli na zasadzie naszych wiadomości anatomicznych możemy stanowczo twierdzić, że obok zwykłego układu mięśniowego przedsionków i komór serca istnieją jeszcze dwa szczególne układy mięśniowe (układ węzła zatokowego i Tawary), to te szczególne układy pod względem fizyologicznym i patologicznym nie są jeszcze dostatecznie zbadane i nie można z całą pewnością twierdzić, że służą do bezpośredniego przewodnictwa pobudzeń.

W pierwszych latach odkrycia wiązek zdawało się, że dzięki temu teorya myogenetyczna odniosła zupełne zwycięstwo, ale później najnowsze badania pokazały, że w wiązkach obu szczególnych układów mięsnych znajdują się też w dużej ilości włókna i komórki nerwowe, co znowu przemawia na korzyść teoryi neurogenetycznej. Jeżeli węzły i wychodzące z nich gałęzie służą do przewodnictwa pobudzeń, to zrozumiałem jest, że zachodzące w nich zmiany chorobowe, wywołując przerwę w ich układzie, mogą również prowadzić do zaburzeń w przewodnictwie.

Przykładem do powyższego twierdzenia może być choroba Adams-Stokesa.

Tak nazwał Huchard zbiór objawów, na który pierwszy zwrócił uwagę Adams, dokładniej zaś zbadał je Stokes. Objawy te składają się ze zwolnienia tętna, dochodzącego do 24 i mniej uderzeń na minutę, i z napadów nieprzytomności, zaburzeń w oddychaniu, jak również z drgawek, przypominających napad padaczkowy. Zwolnieniu tętna odpowiada zwolnienie ruchów serca, co stwierdzono przez osłuchiwanie. Czasami jednak na każde tętno wypadają dwa tony serca, czyli zwolnienie tętna w tych przypadkach jest pozorne (allorhythmia) i jest wynikiem niedo-

*) Podług odczytu na posiedzeniu Tow. lek. łódzkiego 3. grudnia 1913 r., z przedstawieniem chorej.

statecznego skurczu serca. Zwolnienie tętna jest objawem stałym, jakkolwiek zmiennym co do liczby uderzeń, a w razie napadów zwykle silniejszym, niż między napadami (liczba tętna podczas takiego napadu często dochodzi do 10 uderzeń na minutę). Godne zaznaczenia jest zachowanie się tętna pod wpływem bodźców przyspieszających — w zwykłych warunkach — działalność serca (podniesienie się ciepłoty, zmiany położenia, praca fizyczna). Przy chorobie Adams-Stokesa serce na te podniety nie oddziaływa wcale. Przerwy między pojedynczemi uderzeniami tętna niezawsze są równe. Stopień napadów jest różny, od lekkich bólów głowy i zamroczeń, aż do zupełnej utraty przytomności i wystąpienia kurczów padaczkowych, które często wiodą do śmierci. Częstość napadów podlega dużym wahaniom. W ciężkich przypadkach napady zdarzają się codziennie, mogą nawet dojść do 50 na dobę (w jednym przypadku opisanym przez Hisa było napadów aż 143); takie przypadki wiodą prędko do śmierci. W innych przypadkach choroba trwa miesiące, a nawet i lata całe, przyczem napady zdarzają się w krótszych lub dłuższych odstępach czasu. Wreszcie zdarzają się przypadki, w których napady po kilkakrotnem nagłem wystąpieniu nagle znikają, przyczem ustaje również i stałe zwolnienie tętna. Najczęściej choroba ta zdarza się u osób w wieku podeszłym z objawami stwardnienia naczyń i u osób, dotkniętych miażdżycą tętnic wieńcowych serca, u których napady często występują nagle wśród pozornego zdrowia, lub bywają poprzedzane różnorodnymi zwiastunami. Zdarzają się jednak przypadki choroby Adams-Stokesa u ludzi w wieku lat 20 do 30. Wyjątkowym jest przypadek tej choroby, opisany przez Schustera, tyczący się 4-letniej dziewczynki, która chorowała na zapalenie mięśnia sercowego pochodzenia zakaźnego. Prof. Gluziński, opierając się na dokładniejszem badaniu dwóch przypadków, twierdzi, że i ogólny stan nerwowy, jeżeli nie na cały obraz, to może mieć i miewa niekiedy wpływ na powstawanie napadów. Zgadzałoby się to po części ze spostrzeżeniem Hoffmana, który w jednym przypadku spostrzegał cały zbiór objawów tego cierpienia już między 20—30 rokiem życia, bez możności wykrycia jakichkolwiek zmian organicznych w narządzie krążenia i wogóle w ustroju, więc zaburzenia były tu raczej pochodzenia czynnościowego. Takie przypadki należą jednak do wielkich rzadkości, najczęściej zaś stwierdzamy zmiany organiczne.

Najnowsze sposoby badania istoty objawów Stokes-Adamsa wykazały, że nie mamy tu do czynienia z jednolitym obrazem chorobowym i że na zasadzie badań anatomicznych i klinicznych rozróżniać należy rozmaite jej postacie.

Jednem z pytań zasadniczych jest, czy dysocyacya (rozkojarzenie czynności przedsionków i komór serca) jest stałym objawem choroby Adams-Stokesa. Hering jest tego mniemania, że mowa o tej chorobie może być tylko w tym przypadku, jeżeli istnieje różnica w rytmie (dysrhythmia) między przedsionkami i komorami. Przeciw temu zdaniu oświadczyli się Volhard, A. Hoffmann, jak również i Lubarsch, który twierdzi, że mogą być rozkojarzenia bez zbioru objawów Adams-Stokesa i odwrotnie, choroba Adams-Stokesa bez dysocyacyi. Nagayo, uczeń Aschoffa, odróżnia przedewszystkiem dwie duże grupy: sercową i pozasercową; w grupie sercowej uwydatniają się jeszcze dwie postacie: postać zależna od zaburzeń w specyalnych układach mięsnych przewodzących (Reizleitungstypus) i postać mięśniowa, zależna od zaburzeń w zwykłych mięśniach serca (muskulärer Typus). W pierwszej postaci w ciężkich przypadkach mamy całkowite rozkojarzenie wskutek zupełnej przerwy połączenia mięśniowego między przedsionkiem i komorą, w lżejszych zaś, gdzie dysocyacya jest niezupełna, przewodnictwo skurczów mięśnia sercowego z przedsionków na komory zostaje zahamowane (podług Hisa »Herzblock«, blok serca) wskutek częściowego tylko uszkodzenia, a nie zupełnej przerwy wiązki.

Tym rozmaitym postaciom odpowiadają też i rozmaite spostrzeżenia anatomiczne. Przy postaciach pozasercowych, przy których dysocyacya nie istnieje, a jest tylko zwolnienie ruchów serca, zmian anatomicznych szukać należy w n. błędnym, w rdzeniu przedłużonym, lub na podstawie czaszki. Tutaj odnieść należy przypadek, opisany przez doc. W. Janowskiego. W przypadku tym prócz stałego zwolnienia tętna (35 uderzeń na minutę) autor nie mógł stwierdzić zapomocą krzywej żylnej oraz przełykowo-przedsionkowej jakiegokolwiek zaburzenia w przewodnictwie. Przy postaciach sercowych mięśniowych (kardialer muskulärer Typus), przy których nigdy nie dochodzi do zupełnej dysocyacyi, przy różnych ciężkich ogniskach chorobowych w mięśniu komór, zmian anatomicznych szukać należy w węźle Tawary, lub w jego gałęziach. Dla dowiedzenia słuszności wyżej wspomnianego podziału koniecznem jest, żeby każdy przypadek podlegał ścisłym badaniom klinicznym i anatomicznym. Pod tym względem pozostało jeszcze dużo do zbadania i śmiało powiedzieć można, że nawet w grupie przypadków, należących do typu zaburzeń przewodnictwa, nieliczne tylko dokładnie zostały zbadane. Tu przedewszystkiem zaliczyć należy spostrzeżenia Moenckeberga, Nagayo, Herxheimera, Kohla, v. Ashtona, Fahra, Magnus-Alslebena, w których z jednej strony za życia została dowiedziona całkowita dysocyacya, z drugiej zaś strony badanie pośmiertne wykazało całkowitą przerwę wiązki przedsionkowo-komorowej. W tych przypadkach znajdowano blizny, które powstały poczęści wskutek zmian w naczyniach pochodzenia kiłowego, poczęści wskutek zatorów lub zakrzepów; dalej znajdowano kilaki i różnego rodzaju nowotwory, a wreszcie — jak w przypadku opisanym przez Magnus-Alslebena — zwyrodnienie woskowe. Bywają jeszcze przypadki z niezupełną dysocyacyą, szczególnie przez Fahra zbadane, w których niema przerw zupełnych, tylko naprzykład była przerwana prawa gałązka pęczka Hisa wskutek jakiegoś nowotworu, natomiast w lewej gałązce żadnych zmian nie znaleziono; w przypadkach tych znajdowano naciek tłuszczowy, oraz zwężenie i zanik wiązki. Pozostaje jeszcze znaczna liczba przypadków, w których podczas badania pośmiertnego wprawdzie znajdowano znaczne zmiany wiązki przedsionkowo-komorowej, spostrzeżenia kliniczne jednak były niedokładne, a co najważniejsza, niedostatecznie ustalono, czy w przypadkach tych była dysocyacya pełna, lub niezupełna.

Szczególnie zajmujące są te przypadki, które, jak wykazują ich dokładne badania kliniczne i anatomiczne, mają bardzo mało wspólnego z wyżej podanym schematem. Należą tu przypadki, w których pomimo zupełnej dysocyacyi

w systemie przewodnictwa pobudek, zmiany anatomiczne wprawdzie istniały, ale zupełnej przerwy nie było. Podobny przypadek, dokładnie klinicznie zbadany przez Volharda, anatomicznie został zbadany przez Moenckeberga z niedostatecznym wynikiem. Dalej idzie przypadek, obserwowany przez Hoffmanna i anatomicznie zbadany w zakładzie Lubarscha, który również nie dał zadowalniających wyników. W tym przypadku była zupełna dysocyacya i zarówno w prawej, jak i w lewej gałęzi znaleziono gruzełki i rozmaite ogniska zapalne, które nigdzie jednak nie były tej wielkości, żeby można było stanowczo stwierdzić zupełną przerwę wiązki, natomiast cały prawie mięsień komór zawierał dość duże ogniska.

Następnie idą przypadki, w których anatomicznie dowiedzione zostało zupełne zniszczenie wiązki, za życia jednak istniała wspólna działalność przedsionka i komór. Do tej kategoryi należą przypadki Heineckego, Müllera, Hösslina i jeden przypadek Nagayo. W przypadku Heineckego w miejscu całej wiązki przedsionkowo-komorowej były zwapnienia, klinicznie jednak był to obraz bardzo zawikłany, zupełna lub niezupełna dysocyacya, albo też zwyczajne zwolnienie przewodzenia podniet.

Niemożliwe jest zupełnie zadowalniające wyjaśnienie tych przypadków, dopóki się jest tego zdania, że przewodnictwo pobudliwości i automatyzm są pochodzenia czysto mięśniowego i związane są ze specyalnie zbudowanym układem przewodzącym. Inaczej rzecz się przedstawia, jeżeli na zasadzie najnowszych badań (Müller i in.) wrócimy do teoryi neurogenetycznej. Wtedy możliwem się okaże, że dysocyacya nie zjawi się nawet po zniszczeniu wiązki, ponieważ przy zachowaniu w całości komórek zwojowych i sieci nerwowej podniety przeprowadzane będą innemi drogami. Uwzględniając trudność dokładnego zbadania wiązki przejściowej, trzeba być bardzo ostrożnym w ocenianiu pojedynczych przypadków. Z drugiej strony trzeba też zaznaczyć, że obecne badania anatomiczne i spostrzeżenia kliniczne nie są jednak do tego stopnia wystarczające, żeby można było uzasadnić zwodniczy, bądź co bądź, schemat Nagayo-Aschoffa. W każdym razie dopóki teorya myogenetyczna ma wszelkie cechy prawdopodobieństwa, z góry wydać się musi nieprawdopodobnem, żeby przeszkody pozasercowe mogły prowadzić do dysocyacyi. Im większe uznanie zyskuje teorya zależności automatyzmu i przeprowadzania pobudliwości od układu nerwowego, tem więcej nieprawdopodobnem się wydaje, żeby zespół objawów Adams-Stokesa był wyłącznie zależny od zmian, zachodzących w wiązce przedsionkowo-komorowej.

Nadmienić jeszcze należy, że i pozasercowe przeszkody, które pochodzą od zmian w n. błędnym lub zwojach mózgowych, również prowadzić mogą do zupełnej dysocyacyi. Przypuszczenia te potwierdzają najnowsze badania Gerhardta i A. Hoffmanna. Z czasem schemat Nagayo ograniczy się do tych tylko przypadków, w których przy zupełnej dysocyacyi zachodzą zmiany anatomiczne w układzie przewodzącym. Możliwe również jest istnienie typu mieszanego, wiązkowo komorowego, przy którym uszkodzenia wiązki połączone są ze znacznemi zmianami zwykłych mięśni komór serca.

Jak wiadomo, głównym objawem choroby Stokes-Adamsa jest zwolnienie ruchów serca (bradykardya). Zasadniczo nie może ono być wogóle rozpoznawane bez zdjęcia krzywej tętna (sfigmogramu) i osłuchania tonów serca. W przypadkach jednak bradykardyi silnego stopnia musi być bezwarunkowo wykonane, jak to słusznie zaznaczył doc. W. Janowski, jednoczesne zdjęcie krzywej tętna i uderzenia koniuszkowego serca, a gdzie to jest możliwe także i krzywej tętna żylnego. Zdarza się bowiem dość często, że bardzo słabe skurcze dodatkowe (extrasystole) nie dochodzą do obwodu i w ten sposób naśladują bradykardyę. Skurcze dodatkowe cechują się tem, że następująca po nich przerwa trwa dłużej, niż przerwa między prawidłowemi falami tętna. Jeżeli kilka skurczów dodatkowych następuje bezpośrednio po sobie, to przerwa wyrównawcza następuje dopiero po ostatnim z nich. Uwzględniając przerwy wyrównawcze, możemy rozpoznawać skurcze dodatkowe przy pomocy dokładnego odmierzania fal na krzywej tętna. Skurcze dodatkowe bywają przedsionkowe, komorowe i przedsionkowo-komorowe, w zależności od miejsca, z którego wychodzą bodźce dodatkowe. W przypadku bradykardyi przy najmniejszem podejrzeniu co do choroby Stokes-Adamsa zdjęcie tętna żylnego nie powinno być nigdy zaniedbanem, gdyż w razie przeciwnym można przeoczyć zaburzenia w przewodnictwie mięśnia sercowego (zahamowanie lub rozkojarzenie czynności komór i przedsionków).

Ważnym czynnikiem do rozpoznania choroby Adams-Stokesa może być i rentgenoskopia, przy której z łatwością dają się zauważyć ruchy poszczególnych odcinków serca. Tą metodą należy stwierdzić, czy mamy w danym przypadku do czynienia z zaburzeniem w przewodnictwie, czy też z prawdziwem zwolnieniem czynności całego serca.

Miałem obecnie sposobność spostrzegać przypadek choroby Adams - Stokesa, którego przebieg pozwolę sobie tu przytoczyć.

D. P. lat 25, pomocnica sklepowa. Ojciec chorej umarł nagle w 31. roku życia, matka i rodzeństwo (4 siostry i 1 brat) są zdrowi. Chora w dzieciństwie przechodziła odrę; miesiączka pierwszy raz w 12 roku życia, prawidłowa. Napojów wyskokowych chora nigdy nie używała. Mając lat 13 wstąpiła do cukierni, gdzie w przeciągu 2 miesięcy pracowała przez 20 godzin na dobę, następnie przez 5 lat pracowała jako kelnerka w restauracyi, a później wyjechała do Warszawy, gdzie uczyła się krawieczyzny. Po 5 miesiącach wstąpiła do restauracyi, w której przez rok cały musiała pracować od 6 zrana do późnej nocy. W owym czasie chorowała w przeciągu dwóch tygodni na »zapalenie ślepej kiszki«. Po upływie trzech miesięcy chora nagle na ulicy dostała zawrotu głowy, pociemniało jej w oczach i upadła, po chwili podniosła się i o własnych siłach udała się do domu. Od tego czasu napady często się powtarzały, wskutek czego chora bała się sama wychodzić z domu, pracowała jednak dalej w restauracyi. Po sześciu tygodniach od pierwszego napadu chora czuła się tak osłabioną, że zmuszona była wstąpić do szpitala, w którym przebyła 10 dni. Po wyjściu ze szpitala chora wróciła do Łodzi (w marcu r. b.), gdzie zawroty głowy i mdłości w dalszym ciągu się powtarzały. Wobec tego, że napady zdarzały się częściej i były również połączone z wymiotami, chora 8 listopada r. b. wstąpiła do szpitala.

Chorą widziałem po raz pierwszy 6 listopada w jej mieszkaniu i zastałem ją w stanie bardzo ciężkim; narzekała na silne bole i zawroty głowy, niepokój w okolicy serca; przytomność zachowana; oczy były prawie nieru-

chome, źrenice rozszerzone. Ruchy serca bardzo słabe; tętno — 17 uderzeń na minutę, niemiarowe. Po wstrzyknięciu kamfory stan jej nieco się poprawił, ale po 2 godzinach napad się znowu powtórzył i, jak mi opowiadał brat chorej, trwał nieco dłużej. Tej samej nocy napady powtarzały się dość często i do chorej 2 razy był wzywany lekarz Pogotowia. Nazajutrz widziałem chorą po raz drugi, miała się ona względnie dobrze, czuła się tylko bardzo osłabioną; tętno — 28, miarowe; idąc za moją radą, chora wstąpiła do szpitala.

9. XI. Stan bezgorączkowy. W stosunku do wieku swego chora fizycznie bardzo słabo rozwinięta, narzeka na ogólne osłabienie i brak łaknienia. Badanie nie wykrywa żadnych zmian w płucach. Powiększenie prawego odcinka serca o 1 ctm, drugi ton nad koniuszkiem jakby rozdwojony, tętno — 32, miarowe, odpowiada ilości uderzeń serca; w narządach brzusznych nic nieprawidłowego nie znaleziono.

10. XI. Stan tensam, tętno 34; wstrzyknięcie chorej 0,001 siarczanu atropiny pozostało bez wpływu.

Badanie moczu dało wynik następujący: Barwa żółta, oddziaływanie kwaśne, ciężar gatunkowy 1018; chlorki 15,7‰, ślady białka; w osadzie — pojedyncze nabłonki dróg moczowych, przeważnie płaskie; białe ciałka 2—3 w polu widzenia. Tego samego dnia wstrzyknięto chorej 2 razy po 0,001 atropiny bez widocznego wyniku. Po raz czwarty wstrzyknęliśmy chorej 1 dawkę atropiny 12. XI. i znowu bez skutku.

13. XI. Chora ma się dobrze, łaknienie powraca, tętno 36; zwolnienie tętna przez cały czas jest stałe i nie zmienia się pod wpływem zmiany położenia ciała.

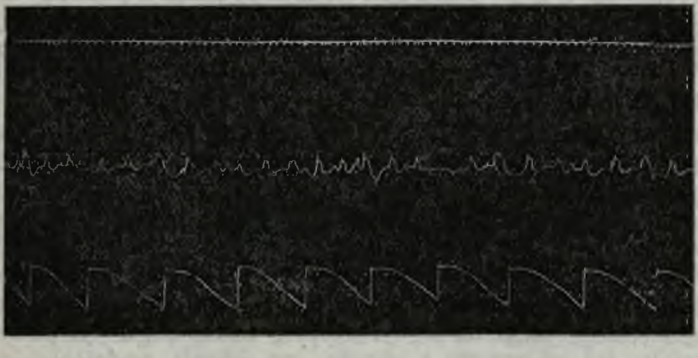
14. XI. Chora narzekała na bole i zawroty głowy, które występowały dość często, ale trwały bardzo krótko, tętno 34; wewnętrznie coffein. c. n. benzoic.

15. XI. Stan lepszy, tętno 36.

19. XI. Chora czuje się lepiej, narzeka na brak łaknienia (wewn. tra nuc. vomic. + tra amar.).

21. XI. Apetyt powraca; chora czuje się lepiej i próbuje wstawać z łóżka; tętno 36.

24. XI. Powtórne badanie moczu: c. g. 1012, białka niema, w osadzie — pojedyncze nabłonki płaskie; chora czuje się dobrze, tętno 36.



Badanie zapomocą zdjęcia krzywej tętna, krzywej uderzenia koniuszkowego serca jednocześnie z krzywą tętna żylnego, łaskawie wykonane przez kol. Linieckiego, dało następujące wyniki: Na krzywej żylnej widać, że liczba uderzeń przedsionka jest większa od liczby uderzeń komory (na każdy skurcz komory 3—4 skurcze przedsionka).

28. XI. Chora czuje się dobrze, tętno 36; badanie krwi co do odczynu Wassermanna, łaskawie wykonane przez koleżankę Szapiro, dało wynik ujemny.

29. XI. Badanie serca zapomocą promieni Roentgena, łaskawie wykonane przez kol. L. Pinkusa, dało, co następuje: Skurcze przedsionków szybkie i niejednakowe co do rozmiarów. Na jeden skurcz komór przypada 3—4 skurcze przedsionków niejednakowej głębokości. Ilość skurczów komór (badanie wykonano z zegarkiem w ręku) 16 na 1/2 minuty.

Pomiary serca na kliszy (dalekie zdjęcie): szerokość serca = 13 ctm, z czego na część od linii środkowej na prawo = 4,8 ctm.

Prawidłowe wymiary serca dla naszej chorej byłyby następujące: szerokość = 11 ctm, z czego od linii środkowej na prawo = 3 2/9 ctm. Wymiary więc na kliszy wykazują powiększenie prawego i nieco lewego odcinka serca.

3. XII. Chora czuje się dobrze, tętno 36.

7. XII. Stan tensam, tętno 36; napadów nie było; chora czuje się silniejszą, często wstaje z łóżka, na zawroty głowy nie narzeka.

20. XII. Na własne żądanie chora wychodzi ze szpitala. Do ostatniego dnia pobytu w szpitalu tętno nie przekraczało 36 uderzeń na minutę.

Po wyjściu ze szpitala chora się miała względnie dobrze, w domu zajmowała się gospodarstwem. 2. lutego r. b. chora w przeciągu dnia miała 8 napadów, podczas których narzekała na silne bóle i zawroty głowy; wkrótce przyłączyły się drgawki i tego samego dnia chora zmarła. Na pośmiertne badanie zwłok rodzina chorej się nie zgodziła.

Uwzględniając spostrzeżenia kliniczne, wyniki badania zapomocą krzywych tętna, uderzenia koniuszkowego serca i tętna żylnego, dalej wynik badania rentgenoskopowego, musimy dojść do wniosku, że mieliśmy w danym przypadku do czynienia ze stałem zwolnieniem tętna, połączonem z zaburzeniem w przewodnictwie (zahamowanie przewodnictwa, Herzblock), czyli ze zbiorem objawów Adams-Stokesa.

Co się tyczy leczenia, to w tych przypadkach, gdzie to jest możliwe, powinno ono być przyczynowe (rtęć, jod, zabieg chirurgiczny). W czasie napadu kładzie się chorego poziomo, skórę w okolicy serca naciera się lub drażni się gorczycą, w razie osłabienia czynności serca należy się uciec do wstrzykiwań podskórnych kofeiny lub kamfory. Również dobrze działa oddychanie tlenem. Stosowanie środków, przyspieszających czynność serca (atropina), pozostaje, jak to widzieliśmy u naszej chorej, bez wpływu; sole bromowe i naparstnica są przeciwwskazane.

Piśmiennictwo.

1. S. Ciechanowski: Pęczek przedsionkowokomorowy i stosunek jego do patologii serca. Księga pamiątkowa XI Zjazdu lek. i przyrod. polskich w Krakowie 1911 r. — 2. F. Chłapowski: Choroba Stokes-Adamsa. Now. lek. 1894 r. — 3. D. Gerhardt: Ueber Rückbildung d. Adams-Stokesschen Symptomkomplexes. Deutsches Arch. f. inn. Med. 1908. — 4. A. Gluziński: Choroby serca i naczyń krwionośnych. Nauka o chorobach wewnęt. Kraków 1905. — 5. Huchard: Maladies du coeur et de l'aorte. Paris 1899—1905. — 6. W. Janowski: Współczesne metody badania serca. (Wydanie drugie). Warszawa 1910. — 7. Tenże: Przyczynek do znaczenia krzywych, otrzymywanych przez przełyk z lewego przedsionka serca, dla dokładnego rozpoznania choroby Stokes-Adamsa, oraz parę uwag o bradykardyi. Medycyna 1908. — 9. Jaquet: Ueber die Stokes-Adamssche Krankheit. Münch. med. Wochensch. 1908. — 9. Latkowski: O arytmii sercowej. Księga pamiątkowa XI Zjazdu lek. i przyr. polskich w Krakowie 1911. — 10. Lubarsch: Allgemeine pathologische Anatomie. Jahreskurse für ärztliche Fortbildung. Berlin 1911. — 11. K. Oczesalski: O zespole objawów zwanych chorobą Morgagni — Adams-Stokesa. Gazeta lek. 1910. — 12. D. Pletnew: Der Morgagni Adams-Stokessche Symptomkomplex. Ergebn. d. inn. Med. u. Kind. 1908.

Z oddziału chorób wewnętrz. szpitala krajowego w Sarajewie.

Kilka uwag i spostrzeżeń o nerwicach wegetatywnych.

Skreślił

Prof. Dr L. Korczyński.

(Ciąg dalszy).

Chcąc jednak sprawę postawić w ten sposób, jak to uczyniliśmy, zestawiając ciała, wykryte przez Popielskiego, z hormonami gruczołowymi, trzebaby najpierw w całej rozciągłości zbadać wpływ tych ciał na cały szereg zjawisk wegetatywnych, w pierwszym rzędzie na tok przemiany materyi, a więc powtórzyć poniekąd doświadczenia, wykonywane z wyciągami gruczołów, którym przypisujemy zdolność wydzielania wewnętrznego. Dopóki w tym kierunku nie posiądziemy zupełnie wyczerpujących wiadomości, dopóty fizyologicznej roli wazodylatyny i hipertenzyny nie możemy uważać za wszechstronnie poznaną i rozjaśnioną. A i wtedy jeszcze pozostanie do rozstrzygnięcia pytanie, według jakich praw odbywa się pobudzenie biologiczne, co kieruje sprawą stosunkowego mieszania się tych dwóch bodźców, jakie są ich bliższe organotropijne skłonności.

Unitarystyczna teorya o działaniu dwóch tylko biologicznych bodźców, którą obecnie stworzyćby można na podstawie badań szkoły lwowskiej, miałaby w zestawieniu z naszemi wiadomościami o gruczołach bezprzewodowych wiele słabych stron. Przedewszystkiem zapytaćby trzeba, dlaczego, jeśli wytwarzanie chemicznych bodźców biologicznych nie jest zróżniczkowane, powstają mimo to po usunięciu pewnych gruczołów, jak n. p. tarczycy, nadnerczy, przysadki mózgowej, trzustki i t. d. tak poważne, a co ważniejsza trwałe zaburzenia o stałych zasadniczych cechach, dlaczego objawy atyroidyzmu usunąć a przynajmniej zmniejszyć można przez podawanie przetworów tarczycowych, a objawy choroby Basedowa nierzadko przynajmniej złagodzić przez usunięcie części gruczołu tarczowego. A dalej spytać się należy, dlaczego przez wprowadzenie do ustroju soku z tarczycy lub nadnerczy wywołać można poważne schorzenia, takie, jakich nie wywołują wyciągi z innych gruczołów. Szereg pytań nie kończy się na tem. Ale i te wystarczą, aby zaznaczyć, że jednak gruczoły, którym przypisujemy zdolność wydzielania wewnętrznego, różnią się między sobą pod względem zawartości farmakodynamicznych składników, a więc tem samem pod względem biologiczno-chemicznej twórczości. Godzi się to zresztą najzupełniej z współczesnymi poglądami o swoistości budowy różnorodnych komórek pojedynczych narządów i tkanek i o dokładnie zróżniczkowanym podziale pracy biologicznej komórek [3])

Gdybyśmy wszakże pomijać chcieli wszystkie bliższe szczegóły, odnoszące się do zagadnień szczegółowych o działaniu wazodylatyny i wazohipertenzyny, a uwzględnili to tylko, co odnosi się do samego faktu pobudzenia autonomicznego i współczulnego, to w wynikach badań Popielskiego i jego współpracowników mielibyśmy bardzo pożądany materyał do stworzenia zasadniczych pojęć o istnieniu stałych biologicznych drażników układu wegetatywnego. Na pierwszy rzut oka oznaczałoby to negacyę rozpowszechnionych bardzo zapatrywań o hormonach w pojęciu Starlinga i jego zwolenników, a nawet o wydzielaniu wewnętrznem wogóle. Niema jednak, jak sądzę, bezwzględnej potrzeby, aby tworzyć koniecznie dwa skrajnie różne zapatrywania i przeciwstawiać je sobie jaskrawo. Nic nie stoi na przeszkodzie, aby wypowiedzieć przypuszczenie, że ciała, wykryte we wszystkich tkankach przez Popielskiego, przedstawiają związki o wyraźnych farmakodynamicznych, wybiórczych, ale jeszcze niedokładnie w pojęciu organotropijnem zróżniczkowanych własnościach. Można w nich upatrywać poniekąd surowy materyał, z którego dopiero przez dalszą pracę biologiczną rozmaitych komórek powstają zupełnie swoiste drażniki. Można się nawet pokusić o to, aby powyższe przypuszczenie, a przynajmniej upoważnienie do wygłaszania go, uzasadnić paru szczegółami.

Jeśli sięgniemy do badań, zajmujących się poznawaniem złożonych wpływów soków gruczołowych, znajdujemy w nich spostrzeżenia, które pokazują, że niektóre z tych wyciągów uzupełniają się poniekąd. Stosując je razem, wywołać można przy pomocy małych dawek o wiele znaczniejszy skutek, aniżeli przy używaniu pojedynczych wyciągów. Mówimy w tych razach o naczulaniu pewnych tkanek. Zjawisko tego rodzaju występuje na jaw przy złączonem działaniu nadnerczyny i soku z tarczycy, nadnerczyny i wyciągów z przysadki. Mamy w niem do pewnego przynajmniej stopnia dowód, że związki chemiczne o zróżniczkowanych organotropijnych własnościach w ramach wspólnych skłonności sympatykotropijnych wspierają się jednak wzajemnie, a tem samem dowód, że posiadają dynamiczne pokrewieństwo. Zresztą i poza ustrojem zwierzęcym znajdują się ciała białkowate pochodne, które działaniem swojem zbliżają się najzupełniej do działania nadnerczyny i hypofizyny. Należy do nich n. p. uteramina, połączenie z jądrem tyrozynowem, uzyskane w pracowni fabryki przetworów farmaceutycznych La Zyma i używane w lecznictwie do tamowania krwotoków, wzniecania skurczów macicy, skrzepiania mięśnia sercowego. Dynamiczne pokrewieństwo z nadnerczyną i hipofizyną jest więc bardzo wyraźne.

Z drugiej znów strony wskazać można na fakt, że istota chromochłonna nadnerczy wyczerpuje się skutkiem znacznej pracy mięśniowej i musi się dopiero wśród spoczynku odnowić, wytworzyć na nowo. Do tego potrzeba materyału, napoły już przysposobionego. Bo i dlaczego miałyby komórki nadnerczowe budować »ab ovo«, skoro cały ustrój jest wzorem doskonale przeprowadzonego podziału pracy. Wystarczy, jeśli nadadzą wytworowi swej pracy organicznej biodynamiczną swoistość. Ostatecznie hormony tworzą się z ciał proteinowych, zmienionych przez działanie zaczynów na krystaloidy. Wazodylatyna Popielskiego powstaje jako wytwór trawienia pepsynowego i trypsynowego, a więc tworzy się, o ile chodzi o żywy ustrój, w tym okresie pracy, służącej przygotowaniom materyałów odżywczych i budowlanych, w którym nie ma jeszcze mowy o działa-

[2]) L. Popielski. Die Theorie der Hormone und innere Sekretion. Klinisch-therapeutische Wochenschrift 1913. Nr 38.

[3]) Por. m. i. E. Abderhalden: Abwehrfermente des tierischen Organismus. II. Aufl. 1913.

niu zaczynów komórkowych pojedynczych narządów, a więc i o powstawaniu swoistych związków komórkowych.

Wprowadzenie sprawy hormonów w związek bezpośredni ze sprawą biologicznego wewnątrzustrojowego rozdrabniania i przerabiania białka, zmusza wprost do tego, aby bodaj powierzchownie dotknąć zagadnień, odnoszących się do farmakodynamicznego znaczenia ciał białkowatych, powstających przy działaniu zaczynów ustrojowych. W pewnych warunkach wywierać mogą wytwory trawienia białka bardzo wyraźny wpływ trujący. Typowym przykładem w tym kierunku jest zjawisko anafilaksyi doświadczalnej, powstającej u zwierząt po powtarzanem wprowadzeniu do ich ustroju, z ominięciem przewodu pokarmowego, dowolnych rodzajów białka, u ludzi zaś szereg chorobliwych objawów, powstających niekiedy po jednorazowem, częściej po parokrotnem wstrzyknięciu surowic leczniczych. Obie te sprawy tłómaczymy w jednakowy sposób, przyjmując, że w ustroju znajdują się niezwykłe, obce dla komórek związki białkowate, które wzniecają chorobliwe biologiczne odczyny. Powstanie swe zawdzięczają one działaniu zaczynów, wytworzonych pod przymusem przez komórki w tym celu, aby usunąć niezwykły materyał. Przy tem to usuwaniu, albo, wyrażając się ściślej, przy komórkowem trawieniu powstają z drobin białka okruchy o trujących znamionach. Do takiego pojęcia istoty anafilaksyi doprowadziły badania doświadczalne, w których drogą parenteralną wprowadzano do ustroju rozczyny peptonu Wittego. Do tego samego wniosku uprawniają także badania Friedemana i Isaaka, zajmujące się poznaniem działania białka nietkniętego jeszcze zupełnie trawieniem, jeśli się dostanie do ustroju z pominięciem narządu pokarmowego.

Obraz zatrucia, jaki powstaje po wstrzykiwaniach peptonu Wittego, przypomina bardzo dokładnie zespół objawów, spostrzeganych we wstrząsie anafilaktycznym. Należą do nich znaczne obniżenie parcia krwi, zmniejszenie stopnia krzepliwości krwi, zmniejszenie ilości ciałek białych, a dalej ożywienie krążenia limfy i zwiększone wydzielanie wszelkich soków trawiących, jak śliny, soku żołądkowego, trzustkowego, żółci i t. d. Analogia zjawisk będzie prawie zupełna, jeśli wskażemy na odkryte niedawno przez Biedla i Krausa zjawisko skurczu mięśni drobnych oskrzeli, rozdęcia pęcherzyków płucnych i stężenia płuc.

Łatwiej wszakże było poznać w drobnych nawet szczegółach cały ten obraz, aniżeli zdać sobie sprawę z tego, co go wywołuje, jakie ciało, czy jakie ciała są tu czynne. Rozmaici badacze przypisują tę rolę rozmaitym pochodnym związkom białkowatym. W szeregu ich znajdujemy β-iminazolylacetylaminę, klupeinę, kryniny, metylguanidynę, wreszcie w ostatnich czasach także wazodylatynę, na którą wskazują badania Popielskiego i Modrakowskiego, po części także Biedla i Krausa. Dalszym badaniom przypadnie w udziale rozjaśnić dokładniej tę sprawę. Ale już obecnie stwierdzić można na pewne, że wchodzą tu w grę związki, powstające z białka trawionego przez zaczyny komórkowe bez poprzedniego działania zaczynów narządu pokarmowego, a dalej, że bodaj wyłączne znaczenie mają związki kwasów dwuaminowych. Wskazuje na nie zwłaszcza Schittenhelm[4]) w bardzo zajmującej krytycznej pracy, poświęconej omówieniu całego szeregu ważnych zagadnień biologicznych. Prawdopodobnie liczyć się trzeba przy rozważaniu całej tej sprawy z obecnością nie jednego tylko związku, lecz większej ich liczby, może z szeregiem chemicznych połączeń, w którym każde następne powstaje z poprzedzającego. Powstają one przez pracę, odbywającą się w warunkach zupełnie nieprawidłowych, ale i ta praca biologiczna rozwijać się musi według jakichś prawideł i w niej musi być podział i ład. Ustrój posiada wogóle wielką zdolność do wytwarzania rozmaitych swoistych zaczynów. Świadczą o tem m. i. bardzo niedawne badania Abderhaldena, zajmujące się poznawaniem t. zw. ochronnych zaczynów. Wyniki ich zastosowano już nawet do celów rozpoznawczych (rozpoznawanie ciąży, nowotworów, gruźlicy i t. d.) przez wyzyskanie zjawiska dializy i zależnych od niej zmian w odchylaniu promieni światła, przechodzących przez rozczyny dializatów. Posługiwać się można zresztą w tym samym celu także odczynami chemicznymi.

Zdawaćby się mogło na pozór, że badania, zajmujące się poznaniem skutków, powstających po parenteralnem wprowadzeniu białka do ustroju, nie mają znaczenia dla oceniania dynamobiologicznej roli ciał białkowatych, które drogę do krwi odbyły przez przewód pokarmowy i stanowią wytwory prawidłowego trawienia. Należałoby przypuszczać, że w tej drodze straciły one wszelkie obce dla ustroju cechy, stały się tylko materyałem pokarmowym lub budowlanym, a nie posiadają już żadnych własności farmakodynamicznych. W rzeczy samej dzieje się to do pewnego tylko stopnia. Codzienne, nawet nielekarskie spostrzeganie uczy, że po spożyciu znaczniejszej ilości pokarmów białkowatych, zwłaszcza mięsnych, coś się zmienia w ustroju; niekiedy i u niektórych osób powstają nawet objawy, których żadną miarą nie możemy uważać za zwykłe następstwo nasycenia. Do najczęstszych należą zmiany w czynności serca i w stanie naczyń, niekiedy uczucie duszności, dość często ociężałość, a nawet ospałość. Nie możemy ich tłómaczyć tylko trawieniem, jako takiem i innem rozmieszczeniem krwi. Z konieczności przyjąć trzeba, że działają tu czynniki dynamiczne, tkwiące w ciałach, powstających przez rozczłonkowanie drobin białka pokarmowego. Wymownym wyrazem takiego działania są zjawiska idyosynkrazyi i pokrewne im zjawiska samozatrucia, polegające według współczesnych, ogólnie przyjętych zapatrywań na działaniu wytworów trawienia białka, które bądź to skutkiem swej niezwykłości, bądź też może tylko z powodu większej, aniżeli wolno, ilości wywierają wpływ wprost trujący. Tego rodzaju związki znajdują się prawdopodobnie stale we krwi w okresie trawienia. Przemawiają za tem w wysokim stopniu także badania Abderhaldena, które wykazały, że surowica krwi zawiera wtedy znaczniejszą ilość ciał białkowatych, przechodzących przez błony zwierzęce, a więc ciał o własnościach krystaloidów. Abderhalden i Pinkussohn wprost wykazali zresztą, że we krwi psów, którym podawano białko w bardzo dużej ilości, pojawia się zaczyn proteolityczny. Najwidoczniej przepuszczają ściany przewodu pokarmowego nadmiar białka. Inaczej nie możnaby sobie wytłómaczyć, dlaczego zjawia się we krwi zaczyn trawiący. Zjawisko leukocytozy trawiennej dostarcza, zdaje się, również dowodu, że w ustroju pojawiają się

---

[4]) A. Schittenhelm. Eiweissabbau, Anaphylaxie und innere Sekretion. Deut. med. Woch. 1912. Nr 11.

w toku trawienia ciała, które wywierają wpływ chemotaktyczny, a więc temsamem ciała o własnościach farmakodynamicznych. I byłoby istotnie rzeczą godną uwagi zająć się systematycznem zbadaniem dynamicznych wpływów surowicy krwi w różnych okresach trawienia względnie nasycenia.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Frank: **Odkażenie skóry steroliną.** (85. Zjazd niem. lek. i przyr. Wiedeń). F. zaleca do odkażania skóry podaną przez siebie kombinacyę kilku środków pod nazwą sterolina. Składa się ona z 3% balsamu peruwiańskiego, 2% kwasu octowego (96%) i 2% olejku rącznikowego w rozczynie alkoholowym. Najpierw naciera się pole operacyjne lub ręce 1—2 minut wacikiem, napojonym steroliną, a potem dwa razy pędzluje steroliną. Dotychczasowe próby przy operacyach dały wyniki bardzo zachęcające. K.

Bachem: **Trwałe zastąpienie jodyny środkiem stałym.** (Münch. med. Woch. 1913, Nr 47). Używana obecnie powszechnie do odkażania skóry jodyna ma tę wadę, że rychło się rozkłada (a wskutek tego drażni skórę) i nie nadaje się do przewozu. Zamiast niej zaleca autor tabletki podwójne, które rozpuszcza się w wodzie. Jedne zawierają jodek sodu, a drugie kwas winny. Gdy się te tabletki razem wrzuci do wody, rychło wywiązuje się wśród burzenia jod, który pozostaje potem nadal w rozczynie nadmiaru jodku sodu. Rozczyn taki można tedy zawsze świeżo sporządzać; przy odkażaniu nim należy najpierw skórę odczyścić alkoholem. K.

Hoffmann: **Nowoczesne sposoby znieczulania.** (Med. Klinik, 1913, Nr 39). Uśpienie chloroformem ustępuje obecnie coraz więcej miejsca eterowemu kroplowemu, zwłaszcza że to usypianie eterem jest tak mało ryzykowne, iż może go dokonywać nawet i laik. Wszelkie przyrządy do usypiania są tu zbyteczne. Inne środki do usypiania są zbyt niepewne. Stosowanie eteru przez odbytnicę oddaje też niezłe usługi, trzeba jednak do tego mieć urządzenie do ogrzewania i odprowadzania z powrotem kondensowanego eteru. Również stosowane ostrożnie uśpienie śródżylne eterowe daje niezłe wyniki. Do znieczulania miejscowego najlepiej używać nowokainy z adrenaliną. Znieczulenie żylne Biera nie przedstawia zbyt wielkich korzyści w porównaniu z miejscowem lub w przewodnictwie nerwów. Znakomite usługi oddaje znieczulenie rdzeniowe, wprawną ręką wykonane, podobnie polecane przez Francuzów znieczulenie lędźwiowo-krzyżowe. Mniej natomiast pewne jest znieczulenie pozaoponowe. Celem potęgowania działania środka znieczulającego, zaleca H. kombinacyę nowokainy z siarczanem potasowym, n. p. »Rp. Novocain 0,125, sol. kal. sulfurici (2%) 20,0, sol. natr. chlorati (0,9%), ad 100,0, sol. supraren. (1‰) gtts 12,0«. Znieczulenie występuje tu nieco później, ale jest silniejsze i nie ma potem bólu następowego. K.

Suchy: **O zastosowaniu znieczulenia krzyżowego w chirurgii.** (Deutsche Zeitschr. f. Chir. 125, I. II). Znieczulenie to, techniką Cathelina, zastosowano w 172 przypadkach, używając 1—1·33% nowokainy w ilości 40—100 cm^3 płynu. Działanie bywało bardzo różne. Znieczulenie zjawiało się po 8—10 minutach, trwało do 2 godzin. Znieczulenia tego nie należy stosować u alkoholików i nerwowych. 15 razy znieczulenie zawiodło, w 3 przypadkach trzeba było dodać uśpienie, nie brak też powikłań ubocznych. Gdy trójgraniec wchodzi trudno i nie da się swobodnie poruszać, lepiej nie podejmować tego znieczulenia. K.

Hammer: **Pierwsze opatrzenie rany na wojnie.** (Deut. milit. Ztg. 1913, Nr 3). Zasady nowoczesnego opatrywania ran na wojnie, aczkolwiek zupełnie proste, nie są jednak dostatecznie znane wielu lekarzom, którzy z konieczności muszą w czasie wojny zajmować się chirurgią. H. podaje też w streszczeniu te zasady w postaci niejako przykazań. I tak pamiętać należy, że pierwszy opatrunek rozstrzyga o dalszym losie rannego. W polu nie należy rany zupełnie dotykać palcami, płukać, odczyszczać, sondować lub szyć, lecz jaknajprościej opatrzeć. Ranie, zwłaszcza przy możliwości uszkodzenia kości, trzeba zapewnić spokój, wstrząs zwalczać morfiną, stosować też wlewania soli i dbać o dobry transport chorych. Przy ranach brzucha należy wstrzymać wszelkie napoje i karmienie, a opatrywać sumiennie. Zawsze jednak należy oszczędzać materyału bardzo, bo może go potem nadspodziewanie zabraknąć. K.

Berger: **Kombinowane leczenie czyraków nalewką jodową i ichtyolem.** (Med. Klinik, 1913, Nr 46). Leczenie uporczywych czyraków jest nieraz bardzo żmudne i trudne; na obwodzie wciąż tworzą się nowe i t. d. B. uzyskuje w przypadkach uporczywych, a tem bardziej zwykłych, bardzo dobre wyniki, smarując skórę naokoło jodyną i przykładając potem na chore miejsce 10% ichtyolwazelinę lub sam ichtyol. Przy tem leczeniu nie tworzą się nowe ogniska, nacieki znikają i sprawa goi się szybko. Smarowanie nalewką powtarza się ewentualnie kilka razy, o ile istnieje naciek i zaczerwienienie; w razie podrażnienia skóry jodyną przerywa się oczywiście smarowanie jodyną, a stosuje sam ichtyol. K.

Kraus i Karewski: **Cukrzyca a operacya.** (Tow. med. wewn. i chirurg. Berlin. XI. 1913).

Kraus: Zdanie Boucharda, że chorego na cukrzycę nie należy operować, w zasadzie obecnie nie może się utrzymać. Wskazania do operacyi określamy tu podobnie, jak w chorobach serca. Właśnie przy ciężkich ropnych sprawach trzeba w cukrzycy operować, natomiast przy zgorzeli na tle stwardnienia tętnic można stosować więcej zachowawcze leczenie. Chirurdzy powinni więcej zajmować się sprawą nowoczesnego leczenia hyperglikemii. Ścisła aseptyka jest przy operacyach nieodzowna ze względu na podatność tkanek na zakażenie. O ile możności należy przed operacyą ilość cukru w moczu zmniejszyć; dobre usługi oddaje tu soda wewnętrznie, natomiast unikać jej należy śródżylnie.

Karewski: Chirurg po operacyi chorego na cukrzycę obawia się głównie śpiączki cukrzycowej; wystąpić ona może mimo przygotowań, aseptyki i nawet u chorych z lekką cukrzycą. T. zw. acydozy są nieraz wywołane sprawami septycznemi i znikają po operacyi, nie powinny też być przeciwwskazaniem do zabiegu. Unikać należy w cukrzycy tylko operacyi kosmetycznych, względnie takich, które zastąpić można innem leczeniem. Nieraz rzekomo wyleczona cukrzyca po operacyi zaczyna się stale pogarszać. Jeżeli mamy się decydować na operacyę, to nie należy z nią zwlekać, bo zabiegi późne dają 50% śmiertelności. W razie amputacyi należy robić ją wysoko, znacznie wyżej, niż u innych chorych. Do uśpienia ogólnego stosować należy eter. Klęsk.

Lunckenbein: **W sprawie leczenia nowotworów złośliwych.** (Münch. med. Woch. 1914, Nr 1). Wcale dobre wyniki osiąga L. przez leczenie nowotworów złośliwych autolizatami, które otrzymuje przez wyciąganie z nowotworów soku i przechowywanie tego soku w zatopionych rurkach na lodzie, gotowych do użytku. Im wyciąg starszy, tem dawka mniejsza (5—25 cm^3). Dawniej wstrzykiwał L. podskórnie, obecnie śródżylnie. Po wstrzyknięciu następuje do 15 godzin trwający odczyn ogólny z gorączką, nieraz nudności, ból głowy i biegunki. L. czuje się uprawnionym stosować obecnie to leczenie na szerszą skalę, i to nietylko w przypadkach rozpaczliwych, a zachęca innych do takich-

że prób, zwłaszcza, że sposób uzyskania autolizatów jest bardzo prosty. K.

Weinbrenner: **Wyleczenie raka skórnego kwasem salicylowym.** (Münch. med. Woch. 1914, Nr 3). Na podstawie swych spostrzeżeń zaleca W. leczyć raki skórne zapomocą zasypywania kwasem salicylowym i pokrywania plastrem cynkowym lub salicylowym Beiersdorfa. Kwas salicylowy zżera bardzo energicznie tkanki; tworzy się strup, poczem pozostaje wcale ładna blizna. (Jeżeli się jednak zważy, że leczenie to, jak sam autor przyznaje, jest długie, bardzo bolesne, a w dodatku, jak sam autor zaznacza, w jednym przypadku, rzekomo wyleczonym, wytworzył się przerzut, to czyż nie lepiej takie przypadki poddać o ile można operacyi? Przypisek sprawozdawcy). K.

Perim: **O patogenezie i leczeniu tężca.** (Mit. a. d. Grenzgeb. 27. Z. 1). Leczenie tężca antytoksyną powinno zawsze być stosowane. Wprawdzie śmiertelność przy leczeniu tem pozostaje jeszcze wysoka (62% przy surowicy, 82% bez niej), ale bądź co bądź skutek jest widoczny. Stosować się powinno surowicę śródoponowo; o ile możności w pierwszych 20—30 godzinach wykonać należy nakłucie lędźwiowe, wypuścić do 30 cm³ płynu mózgowo-rdzeniowego i wstrzyknąć 100—200 jednostek uodporniających. Potem należy ułożyć chorego z głową w dół. Prócz tego wykonać należy miejscową rewizyę rany, szerokie nacięcie, tamponadę; ogólnie wodan chloralu, morfina, ew. chloroform lub eter. Przez 5—6 dni z rzędu wstrzykuje się śródoponowo lub śródmięśniowo po 100—200 jednostek surowicy. K.

Lichtenstein: **Tuberkulina Rosenbacha w leczeniu gruźlicy chirurgicznej.** (Arch. f. klin. Chir. 102. IV). Na mocy doświadczenia z kliniki w Halle poleca L. tuberkulinę Rosenbacha, jako wcale dobry środek pomocniczy przy leczeniu gruźlicy chirurgicznej. Przy ogniskach zamkniętych stosował L. środek ten miejscowo, przy przetokach w okolicę ogniska, zmieniając miejsca wstrzyknięcia. Po większych dawkach występuje wybitny przemijający odczyn ogólny. Zwykle zaczyna się od dawki 0,1 cm³ i postępuje za każdym razem o $^1/_{10}$ cm³ aż do 1,0 cm³, wstrzykując ogółem 20—30 cm³. Zaprzeczyć się nie da, że leczenie to wspomaga inne sposoby leczenia i że przez to otrzymuje się nawet w uporczywych przedtem przypadkach dobre wyniki. Zwłaszcza kombinacya tuberkuliny z leczeniem gorącem powietrzem oddała L. dobre usługi. L. podnosi też możność rozpoczynania przy tem leczeniu wczesnych ruchów biernych i czynnych, bo bolesność stawu znika rychło. K.

Zinsser: **Prosty sposób zastąpienia nosa.** (Münch. med. Woch. 1913, Nr 49). Swego czasu Henning wzbudził wielkie zajęcie, podając miękką masę do robienia nosów. Nos taki przylepia się na twarz; jest on łudząco podobny do skóry i rusza się wraz z twarzą. Niestety Henning skład masy trzyma w tajemnicy, przez co masa ta jest bardzo droga i dla mniej zamożnych trudno dostępna. Po wielu próbach wyrabia Z. obecnie podobną masę; nos może sobie każdy chory w domu sporządzać. Potrzeba do tego 50 cm żelatyny, którą rozpuszcza się w kąpieli wodnej, poczem dodaje się 100 gr. gliceryny i o ile potrzeba dla koloru bieli cynkowej, cynobru i ultramaryny. Masę rozpuszczoną wlewa się do formy gipsowej i gdy zakrzepnie, sztuczny nos jest gotowy. Przylepia się go przez ogrzanie, ew. mastyksem na twarz, wyrzeźbiwszy przedtem dziurki, a po przylepieniu lekko pudruje. Nos taki wystarczy na kilka dni, poczem chory sporządza sobie nowy. Nos taki kosztuje bardzo niewiele, a kosmetyczny wynik jest znakomity. K.

Salomon. **Zastąpienie nosa przy toczniu.** (Med. Klin. 1914, Nr 6). Swego czasu podał Henning swoje słynne nosy z miękkiej masy, które przylepia się przy braku nosa na jego miejsce i osiąga się znakomity efekt. Niestety H. skład tej masy trzyma w tajemnicy. S. jednak doszedł do czegoś podobnego. Robi najpierw model nosa z wosku, przymocowuje go do twarzy chorego, z tego zdejmuje odlew gipsowy, do którego wlewa masę, złożoną ze 100 gr. gorącej wody, 50 gr. żelatyny, 40 gr. gliceryny, zabarwioną karminem lub okrem stosownie do potrzeby Po skrzepnięciu nos ten przylepia się mastyksem do twarzy. Chorzy uczą się tej roboty szybko, bo taki sztuczny nos wystarcza tylko na kilka dni i trzeba go ciągle odnawiać. K.

Schindler: **Leczenie raków błony śluzowej jamy ustnej zapomocą radu.** (Med. Klinik, 1913, Nr 49). Jak wiadomo, raki jamy ustnej przebiegają zwykle bardzo złośliwie, a wyniki operacyi są bardzo wątpliwe. S. w kilku przypadkach zastosował tutaj leczenie radem i z leczenia tego jest bardzo zadowolony, bo otrzymał wyniki, równające się wyleczeniu. Radem powinno się zdaniem autora leczyć raki jamy ustnej w następujących przypadkach: 1) Zawsze po operacyi celem wczesnego zapobiegnięcia nawrotom, 2) tam gdzie nie można operować, n. p. ze względu na opór chorego, zły stan ogólny lub zbyt rozległe zmiany. Prócz tego stosować należy to leczenie u chorych operowanych systematycznie co pewien czas. Zamiast ogromnych dawek na raz lepiej stosować często mniejsze dawki, bo działają one zbiorowo, lecz znowu dawki nie powinny być za słabe, bo wtedy nieraz mogą pobudzić nowotwór jeszcze do wzrostu. Nie należy się zrażać odczynem ogólnym do dalszego leczenia. Nieraz zapomocą radu uzyskać można jeżeli nie wyleczenie, to choć chwilową ale wybitną poprawę. K.

Fritsch: **Doświadczenia nad leczeniem gruźlicy gruczołów szyjnych promieniami Röntgena.** (Münch. med. Woch. 1913, Nr 47). F. zachwala bardzo to leczenie. Nadaje się ono zwłaszcza u osób młodych ze świeżemi powiększeniami gruczołów, mniej już przy ropieniu, a najmniej przy przetokach, choć i tu nieraz uzyskać można wybitną poprawę. Leczenie jest dość żmudne, posiedzenia co 3—4 tygodni (pełna dawka przy gruczołach twardych, mniejsza przy zropiałych lub przetokach) trwają nieraz do $^1/_2$ roku, choć często już po jednej dawce bywa skutek uderzający. Gruczoły znikają nieraz zupełnie i pozostaje po nich tylko twardy postronek. Unika się przez takie leczenie szpecącej blizny i uszkodzeń i nie wstrzymuje się chorego ani na jeden dzień od zwykłych zajęć. Powikłania gruźlicze w innych narządach pogarszają znacznie rokowanie miejscowe. K.

Haberer: **Częściowe usuwanie grasicy i jego wyniki.** (Mit. a. den Grenzgeb. 27. Z. 2). Na podstawie 9 przypadków częściowego usunięcia grasicy u chorych, cierpiących na chorobę Basedowa, dochodzi H. do następujących wniosków: 1) Korzystne wyniki usuwania grasicy przy chorobie Basedowa przemawiają za tem, by operując wola przy chorobie B. szukać zawsze i usuwać także grasicę mimo braku klinicznych objawów jej istnienia. 2) Usunięcie grasicy nie tylko nie przedstawia niebezpieczeństw, ale przeciwnie wpływa bardzo korzystnie na stan chorych, usuwając możliwe powikłania n. p. ze strony serca, podniecenia i t. p. 3) Bezwarunkowo istnieją stany chorobowe, gdzie usunięcie grasicy działa pewniej, niż usunięcie samej tarczycy. 4) Przy przypuszczeniu status lymphaticus nawet przy operacyi zwykłego wola należy szukać grasicy, zwłaszcza jeżeli istnieją zagadkowe zaburzenia ze strony serca. 5) Częściowe usunięcie grasicy zmniejsza bezwarunkowo niebezpieczeństwo t. zw. śmierci grasicznej. K.

Leschke: **Trójgraniec z bocznemi otworami.** (Münch. med. Woch. 1913, Nr 47). Trójgraniec zwykły ma tę wadę, że otwór zatyka się często, n. p. przy nakłuciach brzucha siecią, pętlą jelitową i t. p., przez co odpływ bywa zły, a trójgraniec musi mieć duży kaliber. L. podaje trójgraniec posiadający i boczne otwory, tak, że zatkanie się wszystkich otworów jest wyłączone, kaliber przyrządu może być wskutek tego mniejszy i można przezeń nawet aspirować płyn. K.

Dünkeloh: **Wrzód dwunastnicy.** (Mit. a. d. Grenzgeb. 27. Z. 1). W klinice lipskiej na 200 operacyi, podję-

tych z powodu rozpoznania wrzodu żołądka, spotkano w 50 przypadkach wrzód dwunastnicy. Najtypowszym objawem był ból w 2—5 godzin po jedzeniu, rozpromieniający się w prawy bark i udo. Prócz tego typowe napady w długich odstępach czasu, czasem ból z głodu. Apetyt u chorych bywa zwykle dobry. Wymioty zdarzają się w połowie przypadków. Przy badaniu stwierdza się często ból przy ucisku nieco na prawo od linii środkowej. Kwas solny zachowuje się różnie. Przy badaniu promieniami Röntgena spotyka się nieraz cechujące obrazy, jak otwarty odźwiernik, szybkie opróżnianie się żołądka i t. p. Leczenie w przypadkach przewlekłych i uporczywych operacyjne, przy ostrym krwotoku zachowawcze (atropina, adrenalina, wlewania chlorku wapna i t. p.). K.

Laryngologia i otyatrya.

Citelli: **Pituitryna w krwotokach pooperacyjnych i samoistnych w drogach oddechowych.** (Zeitschr. f. Laryng. T. VI S. 525). Zachęcony szybkiem działaniem wstrzykiwań pituitryny w przypadkach krwotoków tak samoistnych, jak i pooperacyjnych, stosował Citelli pituitrynę także na pół godziny przed zabiegiem operacyjnym, gdzie należało się spodziewać znacznego krwawienia i spostrzegał wybitny wpływ tak na zmniejszenie krwawienia podczas zabiegu, jak i krwawienia następowego. A. B.

Louffs: **Uteramin Zyma jako środek przeciwkrwotoczny przy operacyach w nosie.** (D. med. Wochenschrift 1913 Nr 46). Uteramin Zyma, rozczyn chlorhydratu z paraoksyfenyletylaminem, stosował autor w postaci wstrzyknięć podskórnych 1 cm^3 z korzystnym wynikiem w przypadkach krwawień po zabiegu operacyjnym; również spostrzegał działanie korzystne przy zastosowaniu na miejsce krwawiące tamponu z waty, zmoczonego w rozczynie uteraminu. Oprócz tego działa uteramin także zapobiegawczo przeciw krwotokowi, wstrzyknięty podskórnie przed zabiegiem operacyjnym. Najczęściej wystarcza dawka 1 cm^3, która jednak może być podniesiona. A. B.

Seifert: **Laryngoskopia wieszadłowa w rozszerzonem zastosowaniu.** (Zeitschrift f. Laryng. T. VI. S. 607). Przez zastosowanie podanego przyrządu, którym odsuwamy krtań od tylnej ściany gardła, udostępniamy dla badania dolny odcinek gardła (hypopharynx) i wejście do przełyku. W ten sposób części te nietylko możemy dokładnie obejrzeć, ale wykonywać tu różne zabiegi, jak wydobycie ciała obcego, usunięcie nowotworu względnie jego cząstki dla zbadania drobnowidowego. Wreszcie ta pozycya wieszadłowa okazała się bardzo praktyczna do badania samego przełyku, względnie wykonywania w nim zabiegów, szczególnie u dzieci. Autor nadaje tej metodzie w takich razach nową nazwę: ezofagoskopii wieszadłowej. A. B.

Tovölgyi: **Działanie lecznicze prątka okrężnicy w przypadkach gruźlicy krtani.** (Zjazd lek. międzyn. w Londynie 1913. Sekcya laryngol.). Od trzech lat w blizko 80 przypadkach stosował autor pędzlowanie krtani żywemi hodowlami prątka okrężnicy (bacterium coli commune) i zauważał stale korzystny wpływ na zmiany gruźlicze, głównie owrzodzenia, z których powierzchowne goją się szybko, a głębsze, choć opierają się więcej leczeniu, przecież zwolna okazują polepszenie. Wskutek pędzlowań zmniejszają się także nacieki, a miejscowa poprawa objawia się również zmniejszeniem bólów przy przełykaniu. Niewątpliwie poprawa miejscowa zależy wiele od stanu płuc, a nawet w kilku korzystnych przypadkach spostrzegano zupełne wyleczenie zmian w krtani. A. B.

Castex: **Sposoby i wyniki leczenia chorób gardła nosa i ucha salwarsanem i innymi środkami arszenikowymi.** (Referat na XVII Zjeździe międzynar. lek. w Londynie 1913). Zdaniem autora cierpienia uszne, występujące po używaniu salwarsanu, można przypisać działaniu tego środka tylko wtedy, jeżeli występują w przeciągu miesiąca po jego zastosowaniu. Natomiast powikłania uszne, pojawiające się dopiero po 2—3 miesiącach, należy kłaść na karb kiły, niewyleczonej salwarsanem. C. zestawia 20 takich przypadków, z których należało odnieść zmiany uszne 9 razy do kiły, 11 razy do salwarsanu. Między 25 przypadkami, leczonymi salwarsanem, było 8 z poprawą, 17 z pogorszeniem. Na poprawę można liczyć przedewszystkiem w przypadkach kiły dziedzicznej, a poprawa jest możliwa, jeżeli chory dawniej nie miał choroby usznej i nie jest przez swój zawód wystawiony na hałasy, huk i t. p. Choroby uszne, sprawione salwarsanem, polegają na bólach i na objawach nawału krwi, wiodącego do krwawień i do głuchoty. Głuchota może być przemijającą albo uporczywą; uporczywą wtedy, jeżeli już poprzednio istniała otoskleroza lub było kiłowe cierpienie błędnika. Porównując działanie rtęci z działaniem salwarsanu dochodzi się do wniosku, że rtęć zdaje się być skuteczniejszą i że tam, gdzie rtęć nie działa, tam i salwarsan zostaje bez skutku. Spira.

Citelli: **Nowa praktyczna metoda wyleczenia bezgłosu histerycznego.** (Wykład na XVII międzynarodowym Zjeździe lekarskim w Londynie r. 1913). Metoda autora polega na tem, że podpierając kark chorego lewą ręką, chwyta się palcem wskazującym i kciukiem prawej ręki boczną część kości gnykowej i chrząstki tarczowatej i uciska ją nagle, szybko, silnie i boleśnie. Gdy chory, przestraszony i zatrwożony, chce krzyczeć i uwolnić się od ucisku kieruje się do niego głośno i szybko pytania jedno po drugiem, by go zachęcić do odpowiedzi. Chory, zaskoczony i zmieszany pytaniami, niemając czasu namyśleć się i w ten sposób uwolniony od mniemanego stanu chorobowego, odpowiada głosem prawidłowym, pełnobrzmiącym. Dla zapobieżenia nawrotom nakazuje się choremu, by tym samym głosem prawidłowym dalej mówił, tak że chory zapomina o swoim dawniejszym bezgłosie. W ten sposób leczył autor czworo chorych, 2 mężczyzn i dwie kobiety, z których jedna 60-letnia była już bez głosu przez 3 lata i leczona bez skutku różnemi innemi metodami. U wszystkich czworga chorych osiągnął autor metodą swoją skutek dobry i doraźny. Spira.

Mounier: **Bóle głowy i rwa pochodzenia nosowego.** (La quinzaine therap. 1913 Nr 14). Istnieją przypadki bólów i rwy głowy przeważnie jednostronnych, mających swoje źródło w nosie. Bóle te powstają przez podrażnienie gałązki n. trójdzielnego wskutek częstego lub ciągłego stykania się małżowin nosowych z przegrodą nosową. Rozpoznanie tej choroby zasadza się na wywołaniu takich bólów przez dotknięcie zgłębnikiem (bez zastosowania kokainy) tego miejsca stykania się małżowin z przegrodą. Czasem potrzebne jest zastosowanie adrenaliny dla lepszego uwidocznienia miejsca, z którego bóle pochodzą. Jedynem leczeniem, które stosować należy, jest operacya śródnosowa w celu zniesienia tego stykania się małżowin z przegrodą, a więc usunięcie podrażnienia gałązki nerwowej, będącej pierwszą przyczyną wymienionych bólów. Tak leczonych i wyleczonych chorych miał autor dziewięciu. Spira.

Menzel: **Co powinien lekarz praktyczny wiedzieć o zapaleniu pobocznych jam nosa, szczególnie jamy czołowej i szczękowej.** (Die Heilkunde 1913 Nr 20, 21). Zapalenie jamy czołowej i szczękowej rzadko wychodzi od ich kostnych ścian. Zapalenie okostnej tych ścian, próchnienie zębów, uraz, kiłowe i gruźlicze zajęcie tych ścian może dać powód do ropnego zapalenia tych jam pobocznych. W przeważającej jednak części przypadków przyczyną tej choroby bywa pierwotne zapalenie błony śluzowej. Ostry nieżyt nosa może rozszerzyć się przez ciągłość na błonę śluzową jam pobocznych. W przebiegu chorób zakaźnych, jak róża, grypa, płonica, odra, dur, zapalenie opon mózgowych, ulegają zapaleniu bardzo często poboczne jamy nosowe.

Z objawów podmiotowych najczęstszym i najwybitniejszym jest ból głowy; nieraz ten jedyny objaw kieruje chorego do lekarza. Najwięcej typowym jest ten ból w ostrem

zapaleniu jamy czołowej, gdzie występuje na przedniej jej ścianie, pojawiając się samorodnie i wzmagając się znacznie przy ucisku. W ostrem zapaleniu jamy szczękowej ból odczuwają chorzy przeważnie w zębach szczęki górnej, na policzku zajętej strony lub w gałce ocznej. Bardzo często ból w ostrych zapaleniach jam pobocznych nosa przebiega typowo okresowo, występuje przed południem w krótszy lub dłuższy czas po opuszczeniu łóżka, wzmagając się ku popołudniu, osiągając swój szczyt około 1—2. godziny, i znów stopniowo zmniejszając się pod wieczór, a w nocy zupełnie znikając. — Przewlekłe zapalenie ropne jamy szczękowej może istnieć latami bez najmniejszego bólu. Odwrotnie w przewlekłem ropieniu jamy czołowej bólów zwykle nie brak. Tu jednak ból nie występuje tak typowo i regularnie, jak w zapaleniu ostrem. A tylko wtedy, jeżeli ujście jamy czołowej w nosie jest zatkane przez przerosłą błonę śluzową lub polipy tak, że wydzielina się zatrzymuje, jak również przy zaostrzeniu się sprawy zapalnej, bóle te występują znów gwałtownie i mogą znów ustać po ustąpieniu przeszkody w odpływie ropy, względnie po złagodnieniu ostrych objawów zapalnych.

Obok bólów najważniejszym objawem choroby jest odpływ ropy z nosa, który jest bardzo znamiennym, jeżeli pojawia się tylko z jednej strony nosa. Czasem wydzielina ta z powodów mechanicznych spływa przez nozdrza tylne do gardła i wywołuje częste chrząkanie i odpluwanie ropy. Cechującem jest znaczne spotrzebowanie chustek do nosa (2—10 na dzień); znajdujemy na nich wielką ilość zasychającej wydzieliny śluzowo-ropnej. Często wydzielina jest zmieszana z krwią. Obfita wydzielina bywa przyczyną wyprysku wejścia do nosa, częstego zatkania nosa, szczególnie w nocy, plam żółtych na poduszkach i t. p. Nierzadko narzekają chorzy na nieznośne cuchnienie z nosa, objaw tak charakterystyczny, że już z niego samego można rozpoznać z wielkiem prawdopodobieństwem przewlekły ropotok jamy szczękowej.

W ogólności rozpoznanie ropienia jam pobocznych zasadza się na nadmiernej wydzielinie śluzu lub ropy z nosa i jej następstwach, zatkaniu nosa, wyprysku wejścia do nosa, cuchnieniu, a w sprawach ostrych na typowych bólach w czole, w policzku, w zębach lub w oku.

Pod względem leczenia zaznaczyć należy, że ostre zapalenie jamy szczękowej zwykle samo ustępuje w przeciągu 8—14 dni. Tu leczenie ma się ograniczyć do łagodzenia przykrych objawów. Wielkie dawki aspiryny, pyramidonu, antypiryny, nadają się do zwalczania bólów bardzo dobrze. Korzystnie działają dalej ciepłe wilgotne okłady, lub termofory na miejsca bolesne, przepłukiwania nosa wodą wyjałowioną lub rozczynem kwasu borowego, spokój fizyczny i umysłowy, unikanie nawału krwi i wywołać go mogących obfitych posiłków, wyskoku, tytoniu i t. p. Jeszcze lepiej działają przepłukiwania jamy szczękowej po jej przebiciu przez przewód nosowy dolny lub środkowy zapomocą igły Lichtwitza. W ostrem zapaleniu jamy czołowej poleca się kokainizowanie przewodu środkowego nosa, nacięcia lub wycięcie przedniego końca średniej małżowiny nosowej w celu ułatwienia odpływu wydzieliny z chorej jamy do nosa. Gdzie to nie skutkuje, należy o tem pamiętać, że ropa, zatrzymana w jamie czołowej, może przez przebicie się do sąsiedztwa, do jamy czaszkowej lub oczodołowej, wywołać groźne następstwa i wtedy może być wskazana trepanacya jamy czołowej lub metoda doszczętna. W przewlekłych zapaleniach tych jam należy na razie próbować tych samych zabiegów. Jeżeli one jednak nie wiodą do celu, wtedy wskazane są zabiegi doszczętniejsze, polegające na szerokiem otwarciu jam i ustaleniu szerokiej komunikacyi z jamą nosową. Zabiegi te jednak należą już do zakresu czynności lekarza specyalisty. Spira.

Ruttin: **Przyczynek do sprawy zapalenia wielu nerwów mózgowych** (polyneuritis cerebralis) (Heilkunde 1913). Z 4 podanych przez autora przypadków tego rodzaju w pierwszym zajęte były nn. ślimakowy, przedsionkowy, twarzowy i trójdzielny. Równoczesne zaczerwienienie błony bębenkowej należałoby pojmować jako objaw ze strony n. trójdzielnego obok nieczułości rogówki. Słuch poprawiał się w tym przypadku coraz więcej. Odczyny kaloryczny, obrotowy i galwaniczny wykazały różne wahania i wielką zmienność. Nerw twarzowy pozostał na stałe porażony. W przypadku drugim dotknięte były zrazu nn. przedsionkowy, twarzowy i trójdzielny, a w 3 dni później n. ślimakowy. W przypadku trzecim uległy zmianom najpierw nn. przedsionkowy i trójdzielny, w 8 dni później n. twarzowy, a w 20 dni później wszystkie 4 nerwy były zajęte. Poprawa postępująca. W przypadku czwartym uległ zmianom najprzód n. twarzowy, w tydzień później n. przedsionkowy, a prawie 3 tygodnie później także n. ślimakowy. W przeciągu miesiąca wszystkie 4 nerwy były zajęte i zostały stale porażone. Autor sądzi, że zapalenie wielu nerwów mózgowych przedstawia zbiór objawów, spokrewniony z chorobą Heine-Medina, ze sprawą anatomiczną usadowioną w zakresie zwojów i nerwów wstępujących i zstępujących. Najprawdopodobniej istnieją równocześnie zmiany w obrębie jąder, za czem przemawia przeważające drżenie oczu poziome, kierowane ku obu stronom, jakie jest typowe n. p. przy stwardnieniu rozsianem. Spira.

Sprawy Towarzystw naukowych

Towarzystwo ginekologiczne krakowskie

Posiedzenie d. 28. I. 1913.

Przewodniczący Rosner, sekretarz Schlank.

1) Wybory Wydziału. Wybrano prezesem prof. Rosnera, zastępcą prof. Dobrowolskiego, skarbnikiem Dra Friedmanna, sekretarzem Dr Schlanka.

2) Rosner. Demonstracya chorej ze **złamaniem szyjki uda w toku zmięknienia kości.**

W połowie czerwca 1912 r., wśród pozornie zupełnego zdrowia, poczuła chora nagle ból dotkliwy w prawej kończynie dolnej, i to w okolicy krętarza dużego. Chora 20-letnia była wówczas w 6. miesiącu ciąży. Aż do porodu przez 3 miesiące leżała w łóżku, w październiku urodziła siłami natury żywe donoszone dziecko. Po kilku tygodniach wstała z łóżka i tylko z trudnością mogła chodzić, skarżąc się na ból w kończynie dolnej prawej. Badanie w klinice chirurgicznej i zdjęcie rentgenowskie wykazują złamanie szyjki kości udowej. Przy badaniu miednicy kostnej stwierdza się zmiany, charakterystyczne dla zmięknienia kości (osteomalacyi), zwłaszcza na łuku łonowym i na linii bezimiennej. Rosner uważa ten przypadek za nietypowo przebiegające zmięknienie kości, gdyż chodzi o młodą 20-letnią pierwiastkę, dobrze odżywioną, podczas gdy osteomalacyę spotyka się zwykle u osób, które dużo rodziły i żyją w złych warunkach ekonomicznych. Uderza przytem fakt, że wygięcia kości miednicy są mało wybitne, a kruchość kości udowej tak wielka, że u chorej 20-letniej przy podniesieniu niebardzo ciężkiego worka nastąpiło złamanie szyjki tej kości; wiadomo zaś, że tak znaczna kruchość wydarza się pod koniec choroby, po bardzo długim jej przebiegu, kiedy zniekształtnienia kości są bardzo znaczne. (Pokaz rentgenogramu).

3) Rosner. **Cystoskopia jako środek pomocniczy przy rozpoznaniu i przy wskazaniu do leczenia ropnego zapalenia przymacicznego** (parametritis purulenta).

U przedstawionej chorej było poporodowe zapalenie przymaciczne, które zajmowało podstawę więzadła szerokiego po stronie lewej i tkankę łączną między pęcherzem a macicą (parametritis anterior). Zewnętrznie można było stwierdzić opór nad lewem więzadłem Pouparta. Przy badaniu cystoskopem można było stwierdzić obrzęk błony

śluzowej pęcherza moczowego (oedema bullosum) na ograniczonej przestrzeni, z czego wnoszono, że w tem miejscu ropa miała tendencyę przebić do pęcherza. Kierując się badaniem cystoskopowem, wykonano nakłucie przez pochwę, przyczem znaleziono ropę i w tem miejscu otwarto ropień. Rosner podnosi znaczenie cystoskopii w dyagnostyce ginekologicznej, a zwłaszcza w zapalnych sprawach chorobowych.

4) Rosner. **Znaczenie metody Abderhaldena przy rozpoznaniu ciąży zewnątrzmacicznej.** R. przedstawia chorą, 25-letnią wieloródkę, u której ani wywiady ani brak miesiączki nie przemawiają za istnieniem ciąży zewnątrzmacicznej. Przy badaniu ginekologicznem stwierdzono guz w zagłębieniu pęcherzowomacicznem. Próba Abderhaldena dodatnia. Przy laparotomii stwierdzono świeżą ciążę jajowodową. Przy krwiakach pozamacicznych próba Abderdaldena wypada ujemnie i wtedy mamy do czynienia ze sprawą skończoną czyli innemi słowy ze stanem, w którym żywa łączność tkanek płodowych z ustrojem matki dawno jest przerwana. Jeśli przy ciąży zewnątrzmacicznej próba ta wypada dodatnio, wówczas mamy prawo przypuszczać, że połączenie to jeszcze istnieje, lub bardzo niedawno istnieć przestało.

5) Radwańska. **Wypadnięcie macicy u dziewicy.** R. przedstawia 26-letnią dziewicę z zupełnem wypadnięciem macicy i wynicowaniem pochwy. Wypadnięcie to macicy według podania chorej powstało przed 2 laty, po skoczeniu z pewnej wysokości, i to wśród silnego bólu. R. omawia etyologię wypadnięcia macicy i przyłącza się do teoryi Halbana i Tandlera.

6) Zubrzycki. **Haematometra praecipue cervicalis unilateralis in utero bicorni bicolli cum haematosalpinge.** Chora, 17-letnia dziewica, uskarża się od 7 tygodni na bóle w podbrzuszu. Przy laparotomii silne zrosty chorobowo zmienionych przydatków. Nadpochwowa część szyjki macicy tworzy guz wielkości pięści, do którego w przymaciczu przylega moczowód. Duże techniczne trudności podczas operacyi. Przebieg pooperacyjny prawidłowy. (Rzecz przeznaczona do druku).

7) Schlank. **Szpilka do włosów w macicy ciężarnej.** Schl. przedstawia chorą 36-letnią w 3. miesiącu ciąży, która podaje, że przed 2 tygodniami, chcąc sobie podnieść obniżającą się macicę podwójną szpilką do włosów, spostrzegła, że szpilka ta wsunęła się do macicy. Obecnie skarży się na ból w podbrzuszu i na cuchnące odchody, krwawień nie ma. Szyja maciczna zamknięta. Szpilki nigdzie wyczuć nie można. Na rentgenogramie widzi się szpilkę w macicy, skośnie leżącą, ostrymi końcami na dół zwróconą. Chora gorączkuje.

Posiedzenie d. 11. III. 1913

Przewodniczący Rosner, sekretarz Schlank.

1) Szymanowicz: **Krwiak podoponowy u noworodka.** Z powodu osłabienia bólów porodowych wstrzyknięto zdrowej wieloródce w II okresie porodowym 1·0 waporolu Burrough-Wellcome podskórnie. W kilka minut po wstrzyknięciu wśród silnych bólów urodziło się dziecko. W 24 godzin po porodzie dostał noworodek drgawek, które w ciągu dnia kilka razy się powtórzyły. Drgawki te, kloniczne, zaczynały się na twarzy, przechodziły na kończyny górne i tułów, w końcu zaś zajmowały kończyny dolne. Napady takie trwały do 10 minut i mijały wśród silnego krzyku dziecka. Wykonano nakłucie lędźwiowe i znaleziono w płynie mózgowo-rdzeniowym dużo krwi. Po nakłuciu drgawki ustąpiły i dziecko ozdrowiało. Sz. omawia wpływ wyciągu przysadki mózgowej na bóle porodowe i powstanie krwiaka podoponowego u noworodka, który mając szerokie szwy i ciemiączka, miał czaszkę łatwo ściśliwą, przez co narażony był na znaczny uraz pod-

ZŁOTY MEDAL LWÓW 1907 WYSTAWA PRZYRODNICZO-LEKARSKA; DYPLOM HONOROWY.

GLYCEROPHOSPHAT „LAOKOON"

Calcium glycerino phosphoricum et ferrum glycerino phosphoricum saccharatum et granulatum

PRZETWÓR WAPNIOWO-ŻELAZISTY

zawierający wapń i żelazo, połączone z kwasem glicerynofosforowym, który w naturze znajduje się w żółtku jaja kurzego i w substancyi nerwów jako główny składnik lecytyny

WSKAZANIA:

Choroby krwi: Niedokrwistość, błednica
Choroby nerwów: Neurastenia, rwa
Choroby układu kostnego: Krzywica, zmięknienie kości
Wszelkie osłabienia
Stany kachektyczne

217

CENA 3 KOR.

Fabryka chemiczna LAOKOON, Lwów.

(Przy ordynacyi upraszamy zaznaczyć: fabricationis LAOKOON).

Próbki na żądanie PP. Lekarzy bezpłatnie.

ZŁOTY MEDAL, WIEDEŃ 1913 III. MIĘDZYNARODOWA WYSTAWA FARMACEUTYCZNA

czas rodzenia się pod wpływem gwałtownych, wyciągiem przysadki wywołanych bólów.

2) Radwańska. **Poród u chorej z rozsianem stwardnieniem.** Radw. omawia przypadek porodu u 22-letniej wieloródki z wybitnymi objawami stwardnienia rozsianego (sclerosis disseminata). Poród ten bliźniaczy odbył się zupełnie prawidłowo. Bóle porodowe były silne, odczucie bólów prawidłowe. (Chorą R. przedstawia).

3) Szymanowski. **Biologiczne znaczenie odczynu Abderhaldena.** (Drukowane w Gynaek. Rundschau).

4) Jaworski. **Wyniki próby Abderhaldena.** (Drukowane w Gynaek. Rundschau).

Posiedzenie d. 6. V. 1913.

Przewodniczący Rosner, sekretarz Schlank.

1) Szymanowicz. **Gorączka połogowa na podstawie 5-letniej statystyki (1907—1912) krakowskiej kliniki położniczej.** Na 2000 porodów i poronień gorączkowało (nad 37·8° C) 9·1% wraz z przypadkami zapalenia sutka. Śmiertelność 0·75%. Prelegent omawia etyologię i wyniki badań bakteryologicznych odchodów i krwi. W dwóch przypadkach znaleziono we krwi paciorkowca hemolitycznego, obydwie chore umarły; w jednym przypadku ropnicy u chorej, która ozdrowiała, znaleziono we krwi gronkowca. Leczenie poronień zakażonych było zawsze czynne.

2) Rosner. **Brak kręgów u noworodka.** Rosner przedstawia noworodka i jego zdjęcie rentgenowskie. Noworodek waży 3150 gr, cały obrzękły, szyja krótka, głowa mało ruchoma. Noworodek ten umarł w kilka godzin po porodzie. Na rentgenogramie można stwierdzić tylko 17 kręgów. Pięciu kręgów piersiowych i 2 szyjnych brak.

Posiedzenie dnia 11. XI. 1913.

Przewodniczący Rosner, sekretarz Schlank.

1) Szymanowicz. **Zropienie spojenia łonowego po porodzie** (z przedstawieniem chorej i rentgenogramu). Chora w tydzień po prawidłowym porodzie zauważyła powyżej spojenia łonowego obrzęk. Gorączkowała przez miesiąc. Operacya 6 i ½ tygodni po porodzie. Znaleziono zropienie stawu łonowego z nadżerkami kości. Przy badaniu bakteryologicznem ropa okazała się jałową.

2) Radwańska. **Niezwykłe powikłanie przy łożysku przodującem.** R. opisuje przypadek, z którym przy łożysku przodującem środkowem dla zatrzymania krwotoku wykonała obrót z położenia główkowego na nóżkę. Obrót wykonała przy ujściu zupełnie rozwartem. Ponieważ płód był mały (2400), przeto wkrótce po obrocie urodził się. Niedługo potem urodziło się łożysko bez pępowiny i bez błon płodowych, które odeszły później wraz z pępowiną. Przy dokładniejszem oglądaniu popłodu stwierdzono, że pępowina przyczepiała się do błon w odległości 18 ctm od brzegu łożyska i że przy obrocie ręka operatorki w chwili przerwania błon rozerwała wszystkie naczynia pępowinowe, przez to właśnie miejsce w błonach przebiegające. Płód urodził się ani nie niedokrwisty, ani nie omdlały, prawdopodobnie dlatego, że jego własne naczynia zostały uciśnięte przez jego rodzący się tułów i że po rozdarciu naczyń urodził się płód w tak krótkim czasie, że nie miał czasu omdleć.

3) Schlank. **Wyniki leczenia promieniami Röntgena w krakowskiej klinice ginekologicznej.** Na podstawie materyału klinicznego omawia prelegent metody i wyniki leczenia promieniami Röntgena: włókniaków, metropatyi, świądu sromu (pruritus vulvae), raków nie nadających się do operacyi, jakoteż zapobiegawcze naświetlanie po doszczętnej operacyi raka części pochwowej, po operacyach raków jajnika, przyczem zwraca uwagę na dobre wyniki, tym sposobem leczenia w klinice otrzymane.

Posiedzenie d. 17. XII. 1913.

Przewodniczący Rosner, sekretarz Schlank.

1) Radwańska. **Przedstawienie płodu z małogłowiem (microcephalia).** R. pokazuje zmarły przed kilku godzinami płód małogłowy. Urodził się on przed 13 dniami. Radw. omawia objawy spostrzeżone za życia, zwłaszcza wyprostowanie kończyn i sztywność całego kadłuba.

W dyskusyi zabrali głos neurolodzy prof. Piltz i Dr Borowiecki.

2) Markowa. **Niedrożność jelit w połogu wskutek skręcenia jelita cienkiego.** U położnicy, rozwiązanej kleszczami, w 36 godzin po porodzie wystąpiły objawy niedrożności jelit. Przy laparotomii stwierdzono skręcenie jelita cienkiego u nasady krezki. Chora znajduje się na drodze do wyzdrowienia. Markowa zwraca uwagę na to, że wśród przyczyn niedrożności przewodu pokarmowego u położnic, skręt jelita cienkiego jest szczególnie rzadki.

3) Zubrzycki. **Kraurosis, leucoplakia et carcinoma vulvae.** Z. przedstawia 25-letnią chorą z marskością sromu (kraurosis vulvae); w dwóch miejscach w okolicy wargi większej są 2 owrzodzenia. Badanie drobnowidowe wyciętych kawałków z jednego owrzodzenia wykazało utkanie nowotworowe (carcinoma planocellulare). Zubrzycki zwraca uwagę na to, że obydwa owrzodzenia znajdują się po jednej stronie i nie leżą naprzeciw siebie, dalej omawia etyologiczny związek tych zmian chorobowych. (Rzecz przeznaczona do druku).

4) Kader. Przedstawienie chorej po **usunięciu nerki prawej z powodu mięsakogruczolaka** (adenosarcoma embryonale). K. przedstawia 14-letnią dziewczynę, u której usunął operacyjnie nerkę prawą, ogromnych rozmiarów. Badanie cystoskopem przed operacyą stwierdziło istnienie dwóch moczowodów po stronie chorej. Nerka prawa chorobowo zmieniona, operacyjnie usunięta waży 5 klg. Stan chorej znacznie się poprawił.

W dyskusyi między innymi zabrał głos Gliński, przedstawiając preparaty mikroskopowe z tej nerki i omawiając etyologię guzów mieszanych.

Posiedzenie administracyjne 13. I. 1914

Przewodniczący Rosner, sekretarz Schlank.

1) Odczytanie protokołu z ostatniego posiedzenia.

2) Referat z całorocznej działalności Towarzystwa ginekologicznego.

3) Wybory. Wybrano jednogłośnie przewodniczącym B. Wojciechowskiego, zastępcą Ackermanna, skarbnikiem Friedmanna, sekretarzem Zubrzyckiego

---

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Posiedzenie dnia 3. XII. 1913.

Przewodniczący Dr Sterling, sekretarz Tomaszewski.

1) Kol. M. Cohn przedstawia trzymiesięczne dziecko z **wynicowaniem pęcherza moczowego** (inversio vesicae urinariae).

2) Kol. Rieder przedstawia dziecko roczne z **małogłowiem.**

3) Kol. Goldberg przedstawia mężczyznę, u którego z powodu uderzenia kamieniem w głowę dokonał **trepanacyi kości czołowej** z lewej strony. Opona twarda nie była uszkodzona.

4) Kol. Bethe przedstawił kobietę, u której po próbnem przekłuciu pęcherza żółciowego wydzieliło się **112 kamieni.**

5) Kol. Goldman przedstawił 29-letn. mężczyznę, który przyjęty został do kliniki z rozpoznaniem zapalenia otrzewnej wskutek zapalenia wyrostka robaczkowego. Podczas operacyi wyrostek okazał się bardzo mało zmieniony, wskutek czego kol. Goldman cięcie przedłużył, szukając

przyczyny zapalenia otrzewnej i znalazł ją w postaci niewielkiego otworu w dwunastnicy, spowodowanego **przez przebicie wrzodu dwunastnicy.** Po 5 dniach, kiedy siły chorego wzmocniły się, dokonał G. gastroenterostomii.

6) Kol. Rosenthal przedstawił dziewczynę z **chorobą Stokes-Adamsa.** (Ob. str. 113 w niniejszym zeszycie).

W dyskusyi zabierali głos: a) Kol. Łuczycki, który spostrzegał w Warszawie wraz z Dr Gajkiewiczem podobne objawy u czterdziestokilkoletniego mężczyzny w przeciągu 3 miesięcy. Sekcya wykazała stwardnienie naczyń i stwardnienie kory mózgowej. — b) Kol. Sterling: Należy w epikryzie danego przypadku wyzyskać zastosowanie atropiny bez wyniku dodatniego, jako dowód, przemawiający za myogenetycznym charakterem bradykardii, a przeciw nerwowemu. Przypadek spostrzegany przez kol. Łuczyckiego wobec stwierdzenia zmian w naczyniach serca i mózgu, wygląda na padaczkę z współistniejącymi objawami stwardnienia serca i mózgu.

7) Kol. Rosenblatówna streściła swoje **wrażenia z wycieczki naukowej do New-Jorku.**

Posiedzenie dnia 17. XII. 1913.

Przewodniczy Dr Sterling, sekretarz Tomaszewski.

1) Kol. Eisner przedstawia chorą, u której z powodu **wypadnięcia odbytu** dokonał operacyi **metodą Thierscha,** tylko zamiast drutu użył kawałka powięzi szerokiej uda. Chora w dwa tygodnie po zabiegu.

2) Kol. Klosenberg przedstawił chorą na **chorobę Tay-Sachsa,** przedstawiającą niezupełnie typowy obraz, ponieważ brak zmian w plamach żółtych dna oka.

3) Kol. Grosglik pokazał a) 6-letniego chłopca pochodzącego z rodziny gruźliczej **z gruźlicą brodawkową skóry** lewego pośladka i gruźlicą prosówkową śluzówki warg. Matka chorego, zmarła na gruźlicę płuc, miała podobno taki sam wykwit na pośladku. b) 48-letniego mężczyznę z następującemi usadowieniami **sprawy gruźliczej**: Phthisis pulmonum, laryngis, ulcus tuberculosum marginis linguae, nephrophthisis, tuberculosis vesicae urinariae, tubercul. testiculi dextri. RW. Odczyn Pirqueta bardzo dodatni. c) 58-letniego mężczyznę, który nigdy nie miał żadnej choroby wenerycznej i podobno w dzieciństwie nie chorował; żona nie roniła; dwoje dzieci zdrowych. Przed 30 laty rhinitis foet., która zniszczyła przegrodę nosa; przed 26 laty: ulcera gum. palati et pharyngis, po których pozostała blizna, wyścielająca całą jamę gardłową. Przed 15 laty rozpoczęło się cierpienie oczu. Obecny stan oczu: Lewe oko: leucoma adhaerens. Prawe oko: maculae cornae (prawdop. po kerat. parench.) Górna powieka prawego oka zrośnięta z periorbitą. Ślady periostitis gum. Rozpoznanie: **lues III heredit. tarda,** choć nie jest wyłączona lues insontium, w dzieciństwie nabyta.

4) Kol. Grosglik wygłosił odczyt: **Próby immunoterapeutyczne w kile**. (Doniesienie tymczasowe). Wychodząc z założenia, że wyciąg z wątroby płodu kiłowego, acz nieswoisty dla odczynu Wassermana, jednak, według wszelkiego prawdopodobieństwa, zawiera mniejsze lub większe ilości jadu kiłowego, kol. G. wstrzykiwał go chorym, celem przekonania się, jaki wywiera wpływ na przebieg kiły. Liczba chorych 58; z tych 13 przypadków kiły świeżej, 26 drugorzędnej powracającej (L II recidiva) i 19 trzeciorzędnej. Objawy znikły w zupełności wraz z nawrotami w ile występowały podczas leczenia w 23% kiły świeświeżej, powtarzającej się w 53·8%, w trzeciorzędnej w 36,8 %, ogółem w 41·3% wszystkich przypadków. Niepomyślnych t. j. takich przypadków, gdzie ani objawy wstępne, ani nawrotowe nie ustępowały w zupełności, było: 15% w kile świeżej, 19% w powtarzającej się i 26% w trzeciorzędnej. Ilość stosowanego wyciągu oraz średnia długość leczenia były następujące w przypadkach, gdzie wszystkie objawy ustąpiły:

	L. recens		Lues recid.		L. III	
% przypadków	33·3%	66·6%	71·4%	28·5%	85·7%	25
ilość wyciągu	<5·0	>5·	<5·0	<5·0	>5	>5
czas trwania lecz.	37	69·5	34·9	56·25	63·6	56

Przeciw możliwości samoistnego wyleczenia przemawiają następujące argumenty: 1) Nieprawdopodobieństwo, aby jeden lekarz w krótkim stosunkowo czasie spotkał 24 przypadki samoistnego wyzdrowienia, zwłaszcza, że niektóre należały do rzędu ciężkich, a bezmała wszystkie obfitowały w objawy. 2) Czas trwania leczenia jest krótszy, aniżeli czas ustalony przez Fourniera i Kaposiego. 3) Niektóre objawy, oporne względem wyciągu, były niemniej oporne względem rtęci, którą później stosowano. 4) Rychłe wystąpienie zmian wstecznych po rozpoczęciu leczenia wyciągiem w niektórych wykwitach kiłowych, notorycznie nadzwyczaj opornych względem leków swoistych (lichen syph., exanthema tubercul. universale).

Dowody, przemawiające za swoistym wpływem wyciągu na sprawy kiłowe: 1) pośredni: 3 przypadki owrzodzeń kilakowych, do których wkładano skrawki ze stwardnień pierwotnych lub gruczołów; owrzodzenia oczyszczały się i okazywały jawną skłonność do zabliźniania; 2) bezpośredni: na 15 przypadków różyczki i wysypki grudkowej w 8 występował objaw Herxheimera, z tych u jednej chorej z różyczką 3 razy po kolei.

Wniosek: wyciąg (spirytusowy) z wątroby płodu kiłowego wywiera wpływ niewątpliwie swoisty na sprawy przymiotowe, immunoterapia kiły jest możliwa.

W dyskusyi wzięli udział kol. Sonnenberg, Dutkiewicz i Rosenblatówna.

a) Sonnenberg wskazał na to, że wprowadzanie do ustroju materyału, zawierającego niewyjałowiony zarazek kiłowy (wstrzykiwanie wodnego wyciągu z wątroby kiłowej), stanowi zabieg śmiały, a w przypadkach błędnego rozpoznania niebezpieczny. Przytoczone dane, jakoby zabiegi owe posiadały wpływ leczniczy, jako oparte jedynie na klinicznych spostrzeżeniach, nie mają charakteru naukowego. Należało stosować próbę Wassermana. Zmniejszenie się i znikanie objawów również nie jest poważnym dowodem wpływu leczniczego, ponieważ, jak wiemy, niektóre objawy znikają i bez leczenia. Dwa tylko zjawiska przemawiają na korzyść stosowanego zabiegu, a mianowicie szybkie znikanie drobnogrudkowych wykwitów oraz występowanie po stosowaniu tego środka objawu Herxheimera.

b) Kol. Dutkiewicz zapytuje, co prelegent rozumie przez »wyzdrowienie«. Podług niego, tylko taki przypadek należy uważać za wyleczony, który po przebytem leczeniu daje ujemny odczyn Wassermana.

c) Kol. Rosenblatówna zapytuje prelegenta o wyniki szczepień skórnych z antygenem, którego używał prelegent, oraz zaznacza, iż uważa wyciąg alkoholowy z wątroby kiłowych płodów za nieodpowiedni zarówno do odczynów skórnych, jak i do prób immunoterapeutycznych, gdyż brak dowodów na to, że antygen, używany przez prelegenta, przedstawiał wyciąg z krętków bladych. Dla odczynu Wassermana, jak wiadomo, ważne są jedynie lipoidy, w antygenie tym zawarte, i dlatego może być zastąpiony przez wyciąg z wielu innych narządów nawet osobników niekiłowych.

Posiedzenie dnia 7. I. 1914.

Na posiedzeniu tem, odbytem pod przewodnictwem wybranego przez aklamacyę kol. Pinkusa, dokonano wyborów nowego Zarządu. Wybrano prezesem kol. A. Kruschego, wiceprezesem kol. S. Sterlinga, sekretarzami Sonnenberga i Tomaszewskiego, skarbnikiem kol. Trenknera, bibliotekarzami kol. Goldberga i Prechnera.

Towarzystwo lekarskie częstochowskie.

Posiedzenie d. 5. X. 1913.

I. Prezes Biegański: Wspomnienie pośmiertne, poświęcone kol. Królikowskiemu z Będzina. Pamięć zmarłego uczczono przez powstanie z miejsc.

II. Edward Kohn i Stefan Kohn przedstawili chorą 22-letnią z rozpoznaniem **ropnia mózgu**. W dzieciństwie — ospa, która zniszczyła zupełnie lewą gałkę oczną. W 7. roku życia wprawiono chorej we Wrocławiu oko sztuczne, bez wyłuszczenia pozostałej bliznowatej tkanki. Przed 18 miesiącami uderzenie w głowę, omdlenie i od tego czasu bardzo silne bóle głowy, często z wymiotami. W oku prawem wyraźna tarcza zastoinowa. W czerwcu r. b. przez lewy oczodół zaczęła wydzielać się ropa. Stan chorej szybko się poprawił, bóle głowy ustały. Po pewnym czasie wskutek zatrzymania ropy pogorszenie, które ustąpiło przy ponownym odpływie ropy. W sierpniu r. b. w ciągu kilku dni z rzędu bardzo silne bóle głowy z wymiotami i drgawkami. I tym razem świeży odpływ ropy sprowadził natychmiastową poprawę.

Dyskusya: a) Biegański sądzi, że przyczyną cierpienia jest ropień międzyoponowy ponad skrzyżowaniem nerwów wzrokowych. Stąd zastoina w oku prawem i możność wydzielania się ropy przez oczodół. Wskazany jest zabieg chirurgiczny. Podrażnienie tkanki bliznowatej pod wpływem oka sztucznego było zapewne przyczyną zakażenia. — b) Rozenfeld obserwował chorą przed odpływem ropy. Wobec stanu gorączkowego, wychudzenia i tarczy zastoinowej przypuszczał guz gruźliczy mózgu. — c) Łokczewski opisuje przypadek ropnia powieki, w następstwie którego powstało śmiertelne zapalenie mózgu.

III. Bartkiewicz: **Zakres działania i wyniki nowoczesnej urologii chirurgicznej.** Po przedstawieniu najnowszego systemu wzierników do badania przedniej i tylnej części cewki i pęcherza, opisał referent szczegółowo ich zastosowanie rozpoznawcze i lecznicze. Cewnikowanie moczowodów, niezbędne w rozpoznawaniu i leczeniu wielu cierpień nerek i miedniczek nerkowych, ma szczególne znaczenie w rozpoznawaniu wczesnych okresów gruźlicy. Wykonanie zabiegu w większości przypadków nie jest zbyt trudne, niebezpieczeństwo zakażenia nerek przy zachowaniu czystości wyłączone. W końcu skreślił referent poglądy nowoczesne na leczenie operacyjne pęknięć i zwężeń cewki moczowej, gruźlicy dróg moczowych i ostrych zapaleń nerek, powikłanych mocznicą.

Dyskusya: a) Rozenfeld sądzi, że cewnikowanie moczowodów, jako zabieg poważny i męczący chorego, powinno opierać się zawsze na ścisłych wskazaniach. Co się tyczy zakresu stosowania zabiegów operacyjnych w chorobach nerek, nie ma zgody między chirurgami i internistami. Ogłaszają pomyślne wyniki obłuszczenia nerki w przypadkach ciężkiego zapalenia nerek z zupełnym bezmoczem, oraz nacięcia nerki w przypadkach krwotoków, nie dających się w inny sposób powstrzymać. Zdaniem większości, gruźlica nerki powinna być leczona na drodze chirurgicznej. — b) Wacław Kohn sądzi, że gruźlica nerki w okresach najwcześniejszych nie stanowi wskazania bezwzględnego do wycięcia nerki. — c) Biegański uważa samoistne wyleczenie gruźlicy nerek za możliwe i na dowód przytacza dwa własne spostrzeżenia sekcyjne. — d) Pasierbiński mówi o próbach leczenia zwężeń cewki moczowej fibrolizyną. — e) Bartkiewicz w odpowiedzi przyznaje, że cewnikowanie moczowodów jest zabiegiem ciężkim, lecz nie zagrażającym jakiemibądź powikłaniami. Obłuszczenie nerki B. zastosował w jednym przypadku beznadziejnej mocznicy z doskonałym wynikiem. W możność samowyleczenia gruźlicy nerkowej nie wątpi, aczkolwiek uważa to za rzecz wyjątkowo rzadką. Rozpoznanie gruźlicy jednej nerki przy prawidłowej sprawności drugiej stanowi bezwzględne wskazanie do zabiegu operacyjnego. Fibrolizyna nie ma żadnej wartości.

K. Rozenfeld.

Odcinek.

W sprawie czystości języka.

Nawiązując do artykułu pod tym tytułem (»Przegląd lekarski« z r. b. Nr 7), chciałbym zwrócić uwagę na jeden szczegół, który, jak mi się zdaje, nie został w artykule dostatecznie podkreślony. Mianowicie chodzi mi o przesadę w rugowaniu utartych nazw techniczno-lekarskich, przyjętych we wszystkich językach, a usuwanych nieraz niepotrzebnie z polskiego języka lekarskiego.

W sprawie tej pisałem już przed 15 laty (»Przegląd lek.« 1899, Nr 43) między innemi, co następuje:

»W dążeniu do unikania wszelkich wyrazów technicznych, pochodzących z języków: greckiego czy łacińskiego, spotykają się pewni pisarze niemieccy z niektórymi autorami naszymi, którzy również troskliwie unikają obcych wyrazów technicznych. Na takie dążenie różnie się można zapatrywać; ja pod tym względem zgadzam się najzupełniej z ś. p. prof. Oettingerem, znakomitym uczonym i znawcą naszego języka, który w 40. tomie »Rocznika Tow. krak.« z r. 1868, w rozprawie, poświęconej czystości języka polskiego, pisze: »Nie tyle stawam w obronie czystości li wyrazowej, która, jeżeli jest stosowana z przesadą, więcej może szkodzi, niż korzyści przynosi, ile samego ducha języka, stanowiącego istotne jego znamię i nadającego mu dopiero siłę i wdzięk rodzimy«. Według mego mniemania takie przesadne rugowanie z literatury naukowej wyrazów klasycznych, utartych i znanych powszechnie w piśmiennictwie międzynarodowem i zastąpienie ich »à tout prix« nowymi, wyszukanymi, byle tylko swojskimi, musi szkodzić nietylko językowi, ale i literaturze, a szczególnie nauce międzynarodowej. I tak, każdy lekarz polski i niemiecki zdoła zrozumieć każde lekarskie dzieło, pisane w francuskim, włoskim lub angielskim języku, o ile wogóle tymi językami włada. Nie zaś odwrotnie, gdyż lekarz francuski, angielski i t. p., nawet rozumiejąc po polsku i po niemiecku, nie może nieraz zrozumieć pracy lekarskiej w jednym z tych języków pisanej, o ile nie uczył się specyalnie medycyny po polsku względnie i po niemiecku. Ba, nawet niejeden polski lekarz, doskonale władający ojczystym językiem, jeżeli kształcił się w medycynie zagranicą, nie potrafi zrozumieć pracy lekarskiej polskiej. Nowe, sztuczne wyrazy stawiają tylko hamujące baryery dla wzajemnego poznania i porozumienia się i pośrednio też dla postępu nauki. Przesadna mania czyszczenia, albo, jak Niemcy powiadają: »Purificationsmanie«, utrudnia nadzwyczaj studyum i poznanie wzajemne literatury i czyni niezbędnem używanie specyalnych języków. Wszystko, co ludzi od siebie oddala i oddziela i wzajemne porozumienie utrudnia, jest szkodliwe, a przedewszystkiem w sprawach naukowych. Nauka wogóle, a najszczególniej nauka przyrodnicza i lekarska musi i powinna zostać międzynarodową i każde usi-

Naturalna
Szczawa Bilińska
Najobfitsza alkaliczna
(sód-lit) szczawa
Czech.
143

łowanie ścieśnienia jej, choćby tylko co do zewnętrznej jej formy, w ciasne ramy pewnej, choćby najsławniejszej narodowości, może tylko wyjść z ujmą dla ludzkości i nauki«. Spira.

I. Zjazd higienistów polskich we Lwowie w lipcu 1914.

Na Zjazd higienistów polskich we Lwowie zgłoszono za pośrednictwem Rady Tow. higienicznego warszawskiego wykłady następujące:

Dr Brzeziński (Zawiercie), »O rozwoju fizycznym dzieci robotników fabrycznych«; Dr Bączkiewicz »Walka ze śmiertelnością dzieci«; Dr Skalski (Łódź), »Walka z alkoholizmem«; Dr Chełchowski »Najpilniejsze potrzeby higieniczne ludu polskiego«; »Liczba urodzeń i zgonów w Zakopanem w ciągu 127 lat«; Dr Polak »Organizacya higieny publicznej w trzech dzielnicach Polski«; Dr Zembrzuski »O ubezpieczeniu robotników na przypadek choroby«; M. Luksemburg »O ubezpieczeniu robotników«; Dr Dobrzyński »Rozwój idei miast-ogrodów w Królestwie Polskiem«; Dr Karwicki »Rola laseczników niekwasoodpornych w etyologii gruźlicy«; Dr Szczawińska »Walka ze śmiertelnością niemowląt«; Dr Fidler »O szpitalnictwie i ruchu chorych w ziemi Radomskiej«; Dr A. Zaleski (Płock), »Wady naszego szpitalnictwa i sposoby zaradzenia złemu«; Dr. Paderewski i Dr Alina Drzewiecka »Działalność instytutu higieny dziecięcej«; Dr Thenersen (Płock), »Nadzór lekarski nad szkołami początkowemi jako czynnik krzewienia kultury higienicznej«; Dr Gałecki »Zakłady lecznicze dla chorych piersiowych w Królestwie Polskiem«; Dr Dębiński »Przychodnie i ich rola w walce z gruźlicą«; Dr Jan Szmurło »Sprawozdanie z działalności agitacyjnej przeciwgruźliczej w Królestwie«; Dr Seweryn Sterling (Łódź), »Walka z gruźlicą«; Oddział lubelski Tow. higienicznego »Lublin pod względem higienicznym«; Dr Borsukiewicz »Kropla mleka«; Dr Dziemski (Lublin), »Filtry biologiczne«; Dr Jasiński »O szpitalu dla dzieci w Lublinie«; inż. Borkowski »Światło gazowe«; prof. Łyszkowski (Lublin), »Ćwiczenia fizyczne«; inż. Paprocki »Kanalizacya i filtry«; Dr Staniszewski »Kolonie letnie szkoły handlowej w Lublinie«; Dr Konrad Tołwiński »Organizacya szczepienia ospy i dezynfekcyi«; Dr Władysław Tołwiński »Rozwój fizyczny uczniów szkół prywatnych w Lublinie«.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Związek lekarzy rządowych Galicyi wybrał na r. 1914 swym prezesem Dra Wł. Czyżewicza, wiceprezesem Dra J. Opieńskiego.

— Doc. Dr Hornowski we Lwowie mianowany został tytularnym profesorem nadzwyczajnym.

— Na pomnik Karola Marcinkowskiego złożyli w dalszym ciągu w Redakcyi »Przeglądu lekarskiego«: Dr M. Buzdygan z Krakowa i Dr Maryan Ostafiński ze Stanisławowa po 10 kor. Dr Marcin Garbaczewski z Turobina lubelskiego 3 kor. Ogółem dotychczas złożono 305 kor.

— Otrzymujemy następujące pismo:

»Dla uczczenia pamięci zmarłego Prof. Dra Erwina Mięsowicza Towarzystwo bratniej pomocy medyków U. J. ustanawia osobny fundusz pożyczkowy Jego imienia, którego celem będzie niesienie pomocy ubogim słuchaczom medycyny U. J. Dary i składki, na ten cel przeznaczone, uprasza Zarząd przesyłać łaskawie za pośrednictwem redakcyi dzienników krakowskich na rzecz Bratniej pomocy medyków U. J. w Krakowie«.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 8. II. do 14. II. 1914 zgłoszono przypadków: błonicy 7 † — (obcych 5 † —), krztuśca 9 † — (— † —), ospy wietrznej 1 † — (— † —), płonicy 18 † 2 (2 † —), odry 7 † — (— † —), durn brzusznego — † — (— † —), zapalenia opon m. 2 † — (1 † 1), róży 1 † —, ospy 1 † —. Dr Janiszewski.

Warszawa. Dzienniki donoszą, że władze zezwoliły na Zjazd chirurgów polskich w Warszawie w jesieni b. r.

— Nagrodę im. Moczutkowskiego za najlepszy wykład przyznało Towarzystwo lekarskie warszawskie za r. 1913 Dr Rzętkowskiemu i Stanisławowi Mutermilchowi, dodatkową zaś nagrodę, przeznaczoną przez Dra Alfreda Sokołowskiego, Dr. Brunerowi i Jakubowskiemu.

— Prezesem Polskiego Towarzystwa okulistycznego wybrany został na r. 1914 Dr Ziemiński, wiceprezesem Dr Bein, sekretarzem Dr Paradowski.

Z różnych stron. Towarzystwo lek. chorwacko-słoweńskie (Zbor liječnika kralj. Hrvatske i Slavonije) liczyło z końcem 1913 r. członków honorowych 28, korespondentów 5, zwyczajnych 470. Dochody w r. 1913 wynosiły 12.524 kor., majątek 24.071 kor., fundusz zapomóg 26.749 kor. Towarzystwo rozpoczęło drogą ofiar dobrowolnych zbierać fundusze na budowę własnego domu.

— Towarzystwo laryngologiczne berlińskie mianowało oprócz Prof. Dra Pieniążka członkiem honorowym Prof. Dra Jurasza ze Lwowa.

— Otrzymujemy następujący list z prośbą o ogłoszenie:

»Lekarz, który dnia 22 na 23 b. m. w pociągu nr. 9, półprzedział II. klasy, zabrał żółtą torebkę ręczną z bielizną, pozostawiając takąż torebkę z narzędziami lekarskiemi, zechce podać adres, celem wzajemnego zwrotu zamienionych torebek. — Alfred Pisarski, koncypient c. k. kolei państw. Dyrekcya, Oddział I w Stanisławowie«.

Zmarli. Dr Alfred Burzyński, były asystent katedry anatomii i okulistyki, autor kilku prac naukowych, ceniony okulista we Lwowie; Prof. Nietner, generalny sekretarz centralnego niemieckiego komitetu przeciwgruźliczego w Berlinie.

Bibliografia.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in 12 Monatsheften. 1914. Nr 2. (Monachium, J. F. Lehmann). Cena 1·75 mk.

Zeszyt lutowy, poświęcany corocznie chorobom krążenia i oddychania, zawiera w tym roku następujące rozprawy: Prof. A. Hoffmanna o tętnie i jego rozpoznawaniu, oraz o leczeniu naparstnicą, Prof. Staehelina o kaszlu, Prof. von den Veldena przegląd ogólny postępów medycyny w obu tych działach.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w lutym 1914.

Gazeta lekarska. Nr 5—8. Karwacki: Przypadek ułożenia kiszki grubej po stronie lewej (5). — Szmurło (dok. 5—6). — Moczulski: Spostrzeżenia kliniczne nad działaniem zastrzykiwań dożylnych 10% rozczynu soli w krwotokach płucnych (6). — Klein: Nowe badania nad białaczką szpikową (7—9). — Krukowski: Przypadek rozległych kurczów mięśni twarzy i szyi (7). — Serejski: Zdolność do syntez w porażeniu postępującem (8).

Medycyna i Kronika lekarska. Nr 5—8. Sterling Władysław: Przypadek karłowatości krzywiczej, powikłanej psychozą histeryczno-degeneracyjną (5—7). — Springer: (dok. 5). — Chorążycki: Zwapnienie włókniaka krtani (6). — Huzarski: Przypadek »missed abortion« z obfitymi krwotokami (7). — A. Landau: O wrzodzie okrągłym żołądka i gastroenterostomii (8). — Moniuszko: Moje spostrzeżenia nad fosfacydem Romanowskiego (8).

Tygodnik lek. Nr 2—5. Gąsiorowski: Cholera w Galicyi w r. 1913. — Nowicki: Odma pęcherzykowa pęcherza moczowego. (2—3). — Gerus: Aseptyka w cewnikowaniu moczowodów (4—5).

Nowiny lek. Nr 2: Sędziak: O obcych ciałach w górnych drogach oddechowych i pokarmowych, oraz w uszach. — Hertz i Brokman: O zaczynach rozszczepiających tkankę wątroby u oso-

Szczawa
Krondorfska
uznana za najlepszą i naturalną.
Najlepsze skutki w nieżytach żołądka i pęcherza, jakoteż dróg oddechowych. 205
Prospekty rozsyła na żądanie Brunnen-Unternehmung Krondorf bei Karlsbad lub też Generalna reprezentacya dla Galicyi i Bukowiny, Kraków, Grodzka 48. Lwów, Sykstuska 31.

Dr Bronisława Korabczyńska
kierowniczka zakładu radiologicznego szpitala św. Łazarza w Krakowie
otworzyła 294
zakład rentgenowski dla dyagnostyki i terapii
przy ul. karmelickiej 20 I. — Godziny ordyn. 3—5 popoł.

bników dotkniętych cierpieniem tego narządu. — Z. Bychowski: Łatwy do rozpoznania przypadek Jacksonowskiej padaczki. — W. Jezierski: Badanie siły serca. — Nelken: Wrodzone częściowe rozdwojenie narządów płciowych w przypadku otępienia wczesnego.

Lekarz wileński: Nr 1: W. Orłowski: W sprawie patogenezy choroby Hirschprunga. — J. B.: Rozpoznawanie i leczenie gruźlicy. — Dąmbrowski: I. Zjazd okulistów rosyjskich w Moskwie. — Boguszewski: Konferencya lekarzy sanitarnych wileńskiego okręgu.

Przegląd pedyatryczny, Tom VI. Zesz. 1.: Przedpełska: Badania płynu mózgowo-rdzeniowego u dzieci, obarczonych przymiotem. — Ostrowski: Znaczenie mleka larosanowego w dyetetyce niemowląt.

Przegląd higieniczny: Nr 1—2.: Czeszerówna: Biograficzna metoda badania dzieci. — Bier: Działalność państwowego zakładu badania żywności w Krakowie w latach 1911 i 1912.

Zdrowie. Nr. 2.: J. Brzeziński: Kąpiele przy fabryce Tow. akcyjnego »Zawiercie«. — J. Zawadzki: Targowiska miejskie w Warszawie. — Fidler: Stan szpitalnictwa ziemi radomskiej (dok.)

Kronika dentyst. Nr 2.: Hofung (c. d.).

Słowo lek. Nr 1—2.: Glassner: Ś. p. Erwin Mięsowicz. — Sprawozdanie Wydziału Związku krajowego lekarzy za r. 1913.— Schöngut: Ś. p. Edward Gerard-Festenburg. — Walne Zgromadzenie kraj. Związku lekarzy. — Uchwały XIX wiecu Izb lekarskich.

Sprawozdanie z ruchu chorych w Łódzkim miejskim szpitalu dla chorych zakaźnych gorączkujących w r. 1913.

Rodzaj choroby	Pozostało z r. 1912				Przybyło w r. 1913				Ogółem leczyło się				Opuściło szpital				Zmarło				% zmarłych	Podług wyznania				Ilość dni szpitalnych	Pozostało na r. 1913			
	Mężczyzn	Kobiet	Dzieci	Ogółem	Mężczyzn	Kobiet	Dzieci	Ogółem	Mężczyzn	Kobiet	Dzieci	Ogółem	Mężczyzn	Kobiet	Dzieci	Ogółem	Mężczyzn	Kobiet	Dzieci	Ogółem		Prawosławnych	Katolików	Ewangielików	Żydów		Mężczyzn	Kobiet	Dzieci	Ogółem
Ospa	3	4	4	11	23	31	36	90	26	35	40	**101**	20	29	27	76	5	4	8	**17**	17,0	—	57	8	25	2121	1	2	5	8
Płonica	—	1	11	12	10	19	169	198	10	20	180	**210**	6	18	115	139	1	—	50	**51**	24,2	—	123	11	64	5820	3	2	15	20
Dur plamisty . .	—	—	—	—	25	14	7	46	25	14	7	**46**	21	13	7	41	4	1	—	**5**		—	10	1	35	730	—	—	—	—
Czerwonka . . .	—	—	—	—	22	15	4	41	22	15	4	**41**	21	15	3	39	1	—	1	**2**		3	31	3	4	636	—	—	—	—
Róża	3	1	—	4	4	13	3	20	7	14	3	**24**	5	14	3	22	—	—	—	—		—	13	4	3	265	2	—	—	2
Dur brzuszny . .	—	1	—	1	2	4	1	7	2	5	1	**8**	2	4	1	7	—	1	—	**1**		—	6	—	1	124	—	—	—	—
Błonica	—	—	—	—	—	2	3	5	—	2	3	**5**	—	2	3	5	—	—	—	—		—	5	—	—	67	—	—	—	—
Odra	—	—	—	—	1	1	1	3	1	1	1	**3**	1	1	1	3	—	—	—	—		—	3	—	—	17	—	—	—	—
Pod obserwacyą [1]) .	—	—	—	—	3	7	2	12	3	7	2	**12**	3	7	2	12	—	—	—	—		1	6	—	5	49	—	—	—	—
	6	7	15	28	90	106	226	422	96	113	241	**450**	59	103	162	344	11	6	59	76	18,9	4	254	27	137	9829	6	4	20	30

[1]) Pneumonia 1, Influenza 1, Pleuritis sin. 1, Carcinoma rect. 1, Arthritis rheumat. 1, Septicaemia 1. Eczema 1, Bez rozpoznania 5.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się we środę d. 4. marca 1914 w domu Towarzystwa (Radziwiłłowska 4). o godz. 6 wieczorem. Na porządku dziennym: 1) Wykład Dr T. Janiszewskiego: Nowe sposoby odosabniania chorych zakaźnych. 2) Przedstawienie chorych z kliniki położniczej i chirurgicznej. 3) Dr Szymanowski i Bańkowski: Hodowle krętka bladego.

TRAN JODOWO ŻELAZISTY
zawiera równie jak tran Lahussena w 100 gr. tranu 0·20 jodku żelaza. Przetwór ten leczniczy sporządzono na najlepszym tranie Meyera, jest przeto smaczny i nie psuje żołądka.
Tran jodowo-żelazisty Wiszniewskiego może być z dobrym skutkiem zalecany w chorobach płuc, zołzach, niedokrewności i t. p.
Sposób użycia: Dzieciom daje się 1—2—3 razy dziennie po łyżeczce po jedzeniu. — Dorosłym 1—3 łyżek dziennie. 221
Cena flaszki 1 K. 20 hal. — Wyrób własny i skład główny w aptece
K. WISZNIEWSKIEGO w Krakowie.
We Lwowie na składzie w aptece PIOTRA MIKOLASCHA.

HUNYADI JÁNOS
GORZKA WODA NATURALNA
NAJLEPSZY ŚRODEK CZYSZCZĄCY
ZWRACAĆ UWAGĘ NA FIRMĘ ANDREAS SAXLEHNER NA KAŻDEJ ETYKIECIE.

NATURALNA SÓL SZPRUDŁA
jest jedynie prawdziwą solą KARLSBADU
Zastrzega się przed falsyfikatami
147

MATTONI'EGO SÓL MUŁOWA

z leczniczego mułu - Soos pod Franzensbadem. :: Naturalne zastępstwo kąpieli mułowych w domu. Zastosowanie podług przepisu lekarskiego. Żądać zawsze MATTONI'EGO SOLI MUŁOWEJ.

Rok LIII. Kraków, dnia 7. marca 1914 Nr 10.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z zakładu sądowo-lekarskiego Uniw. Jagiell. w Krakowie.

O szkieletach znalezionych na Wawelu w czerwcu 1913.

Napisał

Prof. Dr Wachholz.

»Ziemia jest matką natury i grobem,
Grzebie i życia obdziela zasobem«.
Szekspir.

Odwieczne, historyczne miasta przedstawiają się jako cmentarzyska. Poniżej naziemia, na którem wre nieraz bujne, nowoczesne życie, mieszczą się ukryte pamiątki życia minionego, mniej lub więcej dobrze zachowane, a obok nich o wiele mniej oporne, znikome resztki tych, do których to życie w doli lub niedoli należało.

Gdziekolwiek będą w Krakowie podjęte roboty ziemne, niemal zawsze natrafia się w głębi ziemi na kości ludzkie. Znalezienie kości ludzkich obok dotąd jeszcze istniejących lub z biegiem czasu zniesionych kościołów nie budzi żadnego zajęcia, wiadomo bowiem, że aż po rok 1800[1]) obejścia kościołów były cmentarzami miejskimi. Niekiedy przecież nabiera znalezienie kości ludzkich znaczenia i rozgłosu, a to, jeżeli domniemywa się w nich szczątków historycznych osobistości[2]) lub szczątków ofiar, możliwie w niezbyt odległej przeszłości popełnionej zbrodni.

W czerwcu 1913 r. natknięto się przy robotach ziemnych na Wawelu w pobliżu byłego c. i k. szpitala garnizonowego na szkielet ludzki. Ponieważ szkielet ten spoczywał obok skrzydła gmachu, który stał zwykle pustką i w miejscu od zewnątrz niedostępnem dla ludności cywilnej, przeto obudziło się podejrzenie, czy szkielet ten nie stanowi resztek ofiary tajemniczej zbrodni, popełnionej na wojskowym. Podejrzenie to wydało się tem więcej uzasadnione, że szkielet ten spoczywał płytko w ziemi, pokryty korzeniami rosnącego nad nim kasztana. Skoro nadto wezwany lekarz miejski po obejrzeniu szkieletu orzekł, że może on w ziemi spoczywać około 15 lat, zawiadomiono o sprawie c. i k. Sąd wojskowy, który wysłał na miejsce komisyę śledczą z przybraniem mnie jako znawcy. Znaleziony szkielet, a raczej luźne jego kości, przesłał równocześnie tenże Sąd w opieczętowanej skrzyni do zakładu sądowo-lekarskiego celem zbadania ich.

Oględziny miejsca znalezienia szkieletu wykazały.

Na Wawelu w przestrzeni poza południowo-wschodniem skrzydłem byłego c. i k. szpitala wojskowego, obecnie przebudowywanego na Muzeum narodowe, natrafiono w ziemi w odległości 7 metrów od zewnętrznej ściany tegoż skrzydła ku ulicy Bernardyńskiej pomiędzy znalezionymi w ziemi fundamentami baszt Panieńskiej i Tęczyńskiej na trzy szkielety. Spoczywały one w linii, biegnącej równolegle z ścianą czołową tego skrzydła gmachu poszpitalnego. Były one od siebie o 5 m., zaś od ściany gmachu o 7 m. odległe. Pierwszy z nich, najpierw znaleziony i do zbadania mnie przesłany, spoczywał około 35 cm, drugi około 15 cm, trzeci, najbardziej ku wschodowi wysunięty, około 70 cm pod obecną powierzchnią ziemi. Szkielety te spoczywały grzbietem ku dołowi, z rękoma skrzyżowanemi na piersiach, czaszką zwrócone ku południowemu wschodowi (ku Wiśle), stopami zaś ku północnemu wschodowi, niejako poglądające w tę stronę świata. Obok szkieletów nie udało się znaleść żadnych szczątków ubrania lub innych przedmiotów. Kości twarzowe były pokruszone, zmieszane z ziemią i włoczone w głąb jamy czaszkowej. Podobnie zniszczone były kości miednicowe. Powierzchnia kości była brudno-żółto zabarwiona, utkanie ich było rozrzedzone, przez korzenie roślin, zwłaszcza drzew kasztanowych (przy których wykopywaniu właśnie natrafiono na szkielety) poprzerastane i tak kruche, że już pod lekkim uciskiem kruszyło się i rozpadało. Uderzała również wielka lekkość tych kości. Ziemia, w której szkielety spoczywały, jest lekka, piaszczysta, wodę łatwo przepuszczająca.

Badanie najpierw znalezionego szkieletu, dokonane przezemnie w zakładzie sądowo-lekarskim, dało następujący wynik:

Przesłane do zbadania kości przedstawiają się jako: 1) Prawa połowa łuski kości potylicznej wraz z przyległą tylną połową prawej kości ciemieniowej i około $^1/_5$ lewej kości ciemieniowej. W miejscu połączenia tych ułomków kostnych dobrze zachowane części szwów wargowego i strzałkowego, które nie są zanikłe. 2) Kawałek 9 cm szeroki, a 8 cm długi prawej połowy kości czołowej z częścią górnego brzegu oczodołowego i wyrostkiem jarzmowym. 3) Kawałek $5^1/_2$ cm długi, a $2^1/_2$ cm szeroki, romboidalny, prawej kości ciemieniowej z dość dobrze zachowanym ząbkowanym brzegiem. 4) Dość dobrze zachowana prawa kość skroniowa z odłamanym wyrostkiem jarzmowym 5) Obie szczęki górne z zachowanymi wyrostkami podniebiennymi i z otwartemi jamami Highmora. W wyrostkach zębodołowych znachodzą się po 2 niestarte, zdrowe, silnie rozwinięte, pierwsze zęby trzonowe. W prawej szczęce próżny zębodół po zębie mądrości, w lewej nie ma jeszcze tego zębodołu wytworzonego, a tylko jest kość w tem

miejscu rozrzedzona. W tejże lewej szczęce mieści się pierwszy ząb dwuguzikowy, zdrowy i mało starty. Reszty zębów w zębodołach brak. 6) Żuchwa, złożona z lewego poziomego ramienia swego, z części środkowej i $^1/_3$ części prawego ramienia poziomego. Wyrostek zębodołowy silnie rozwinięty, nie zanikający, w nim dwa pierwsze lewe zęby trzonowe, drugi prawy dwuguzikowy i pierwszy prawy trzonowy ząb; wszystkie te zęby zdrowe, silne, mało starte. Oddzielnie znaleziono jeden dolny ząb trzonowy, dwa dolne dwuguzikowe, jeden kieł i jeden siekacz, wszystkie zdrowe, nie starte. 7) Górna część trzonu mostka (corpus sterni), 6 cm długa, $4^1/_2$ cm najbardziej szeroka z zagłębieniami obustronnemi dla 2. 3. 4. pary żeber. 8) Osiem kręgów piersiowych, których trzony są mniej więcej uszkodzone, silnie rozrzedzone i przerośnięte przez korzenie roślinne. Nadto 14 ułomków kręgów, z których jeden przedstawia $^2/_3$ części kręgu szyjnego z otworem poprzecznym (foramen transversum). Trzy kręgi lędźwiowe z uszkodzonymi trzonami i odłamanymi łukami. Kręgi krzyżowe skostniałe w kość krzyżową, w której braknie górnej części trzonu i wszystkich lewych wyrostków poprzecznych. 9) Pierwsze lewe żebro i 46 odłamków żeber od 3—16 cm długich. 10) Prawy obojczyk $14^1/_2$ cm długi, nieznacznie u końca barkowego odłamany. 11) Dwa ułomki obu łopatek, odpowiadające częściom środkowym tych kości. Na ułomku prawej łopatki dość dobrze zachowany wyrostek barkowy (acromion) i kruczy. 12) Lewa kość ramieniowa, 30 cm długa, pozbawiona główki, z odłamaną, lecz dobrze dającą się zaadaptować dolną nasadą. Prawa kość ramieniowa 22 cm długa z zachowanym wewnętrznym kłykciem (epicondylus int.) i bloczkiem, zresztą ze zdefektowaną dolną nasadą; górnej nasady i górnej części trzonu kości tej brak. 13) Prawa kość łokciowa dobrze zachowana, 27 cm długa, na granicy $^1/_3$ części górnej nieregularnie przełamana; odłamki te przystają dobrze do siebie, przełom jaśniej od reszty powierzchni kości zabarwiony. Lewa kość łokciowa $16^1/_2$ cm długa, pozbawiona dolnej swej części. 14) Prawa kość sprychowa 24 cm długa, ze skośnie od góry i przodu ku dołowi i tyłowi odłamaną górną nasadą, której brak. Lewa kość sprychowa 24 cm długa, w środku złamana, przełom jaśniej zabarwiony, odłamki przystają dobrze do siebie. 15) Siedem kości nadgarstka, t. j. 2 kostki łódkowate, 2 główkowate, 2 kolczaste i 1 wielokątna. 16) Dziewięć dobrze zachowanych kości śródręcza, 9 kości dobrze zachowanych z pierwszych członów palców rąk i 9 kości drugich członów tychże. 17) Lewa kość bezimienna składa się z 3 silnie zdefektowanych części: a) tylna górna część kości biodrowej z grzebieniem i obu kolcami tylnymi; z częścią tą złączona jest tylna część kości kulszowej z kolcem i z uszkodzonym guzem (tuber ischii). Cała ta część jest 18 cm długa, $6^1/_2$ cm najbardziej szeroka. b) Kawałek kości kulszowej i łonowej 13 cm długi, 6 cm szeroki z częścią panewki. c) Trójkątny kawałek kości biodrowej z kolcem górnym przednim u podstawy 9 cm, u obu boków 10 cm długi. 18) Prawa kość bezimienna składa się również z 3 ułamków: a) część przednia talerza biodrowego z obu przednimi kolcami i częścią panewki, liczy 14 cm na długość, 11 cm na szerokość; b) tylna część talerza biodrowego nieregularnego kształtu. c) Kość łonowa z obu swemi ramionami, zdefektowana. 19) Prawa kość udowa, 49 cm długa, składa się z 3 dobrze do siebie przystających części: a) główka, szyjka, uszkodzony krętarz większy i około $^1/_6$ część górna trzonu kości, b) reszta trzonu z małą częścią dolnej nasady, c) reszta dolnej nasady. Przełomy jaśniej zabarwione. 20) Lewa kość udowa składa się: a) z 3 zdefektowanych części górnej nasady, b) z trzonu 31 cm długiego, c) z dolnej nasady uszkodzonej i do reszty już nie przystającej. Przełomy jaśniej zabarwione. 21) Obie, zupełnie zachowane rzepki. 22) Prawa i lewa kość goleniowa, dobrze zachowane, po 39 cm długie. 23) Lewa kość strzałkowa (fibula) dobrze zachowana, $37^1/_2$ cm długa, prawa kość z 3 ułamków, dobrze do siebie przystających złożona. 24) Dwie dobrze zachowane kości piętowe, jedna uszkodzona kość skokowa, po dwie dobrze zachowane kostki, dalej po dwie kości łódkowate i klinowe. Pięć dobrze zachowanych kości śródstopia i cztery kości członów palców nóg. 25) Nadto mieści się w skrzyni 281 ułamkow kostnych, których z powodu ich małości i braku charakterystycznych cech anatomicznych bliżej określić już nie można.

Wszystkie wymienione powyżej kości okazują charakterystyczną dla ludzkich kości budowę anatomiczną. Substancya kostna na powierzchni tych kości jest zbita, brudnożółtawo, na przełomach wybitnie jaśniej zabarwiona. Wszystkie kości są uderzająco lekkie. W celu porównawczym zbadałem ciężar kości pierwszej śródstopia ze zbioru kości przesłanych do zbadania, taką samą kość ze szkieletu, znajdującego się w zakładzie od 30 lat, a służącego do celów wykładowych, wreszcie taką samą kość wydobytą świeżo ze zwłok 23-letniego mężczyzny, którego wzrost wynosił 177 cm. Kość ostatnią pozbawiono dokładnie raspatorem części miękkich i chrząstek i wysuszono przez 3 dni w ciepłocie pokojowej. Pierwsza kość, należąca do badanego kośćca, była 7 cm długa, u podstawy swej 3·2 cm szeroka, a ważyła 11·20 gr; druga kość (ze szkieletu zakładowego) była 6·9 cm długa, u podstawy 3·2 szeroka, ważyła 13 gr (cały szkielet ten liczy 177 cm długości); trzecia kość (ze zwłok świeżych wzięta) była 7·4 cm długa, u podstawy 3 cm szeroka, a ważyła 24—40 gr. Porównując rozmiary kości pierwszej i drugiej w stosunku do ich wagi, dochodzi się do przekonania w drodze rachunku, że kość pierwsza ze zbadanego szkieletu powinna była mieć wagę 13·3 gr, a miała w istocie tylko 11·20 gr. Z takiego samego porównania pierwszej (badanego szkieletu) i trzeciej (ze świeżych zwłok) kości wynika, że powinna była mieć kość pierwsza wagę 23 gr, a miała 11·20 gr, a więc przeszło 100% mniej wagi. Dobrze zachowana kość łódkowata z nadstopia badanego kośćca ważyła 7·20 gr, gdy ta sama kość ze wspomnianych zwłok, pozbawiona części miękkich i przez 3 dni suszona, o rozmiarach tych samych, jak pierwsza, ważyła 11·80 gr.

Wszelkie wyniosłości i listwy kostne jako punkty uczepów mięśni, są na badanych kościach silnie rozwinięte. Jamy szpikowe w kościach długich próżne i wązką warstwą substancyi gąbczastej na swych ścianach pokryte. Substancya kostna wszędzie jednakowo krucha i łatwo łamliwa, substancya gąbczasta silnie rozrzedzona i przez korzenie roślinne przerośnięta. Jedną z kości śródręcza z badanego szkieletu i taką samą kość, wyjętą ze świeżych zwłok, pozbawioną części miękkich, zanurzono w 10% roztworze kwasu solnego, poczem po upływie 4 dni obie wyjęto i zbadano. Po włożeniu kości z badanego szkieletu kwas solny wzburzył się i zapienił. Kość ta była po upływie 4-dniowej maceracyi w kwasie solnym miękką, podobną do gąbki wyżętej z wody, podczas gdy kość ze świeżych zwłok była jędrną, a tylko giętką i sprężystą.

Na podstawie powyższych badań kości, będących w mowie, wydałem następującej treści orzeczenie:

A. *Jakiego pochodzenia są dane kości i jaka ich przynależność?*

Ponieważ badane kości posiadają wszystkie anatomiczne znamiona kości ludzkich, przeto nie ulega żadnej wątpliwości, że kości te pochodzą z kośćca ludzkiego.

Ponieważ zarazem opisane od 1—25 kości dokładnie sobie odpowiadają jako części składowe szkieletu jednego człowieka, przeto jest pewnem, że tworzą one aczkolwiek zdefektowaną, przecież jednak wyraźną całość, t. j. kościec tylko jednego i tego samego człowieka.

B. *Jaki mógł być wzrost posiadacza badanego kośćca?*

Ponieważ badany kościec, jak z opisu jego wynika, nie jest zupełnym i nienaruszonym, zatem nie można wzrostu jego właściciela podać na podstawie prostego pomiaru jego długości i odpowiedniej poprawki. Pozostaje więc jedynie sposób określenia wzrostu właściciela kośćca na podstawie pomiarów długości dobrze zachowanych kości długich przy zastosowaniu odnośnych, przez naukę określonych formuł, opartych na prawie symetrycznej proporcyi członków ciała względem całości. Długość ciała, czyli wzrost właściciela badanego kośćca określiłem na podstawie długości prawej kości udowej, wynoszącej 49 cm i długości obu kości goleniowych, wynoszącej po 39 cm przy pomocy formuł Orfili[3]), Langera[4]), Rolleta[5]), wreszcie Carusa[6]). Formuły te wypróbowałem poprzednio na pomiarach całych zwłok i osób żywych, a próby te przekonały o istotnej wartości formuł, gdyż błąd, powstający przy obliczeniu wzrostu człowieka wedle nich, wahał się w granicach 1—2·5 cm.

Oznaczenie wzrostu wedle Orfili: Długości kości udowej 49 cm odpowiada wzrost ciała 183 cm.

Długości kości goleniowej 39 cm odpowiada wzrost ciała 180 cm.

Oznaczenie wedle Langera:

Długości kości udowej 49 cm odpowiada wzrost 188 cm.

Długości kości goleniowej 39 cm odpowiada wzrost 181·35 cm.

Oznaczenie wedle E. Rolleta:

Długości kości udowej 49 cm odpowiada wzrost 180 cm.

Długości kości goleniowej 39 cm odpowiada wzrost 180 cm.

Oznaczenie wedle Carusa:

Długości kości udowej 49 cm odpowiada wzrost 186 cm.

Długości kości goleniowej 39 cm odpowiada wzrost 185 cm.

Przeciętna cyfra wzrostu właściciela badanego kośćca, obliczona z długości kości udowej przy pomocy powyższych 4 formuł, wynosi 184 cm, a ta sama cyfra, obliczona z długości kości goleniowej, wynosi 181 cm. Ponieważ zaś długości kości udowej, jako złożonej z 3 odłamków, wprawdzie do siebie dobrze przystających, nie można było właśnie z powodu złamań określić bez nieznacznej myłki, zatem pewniejszą jest cyfra wzrostu, uzyskana z pomiaru długości całej, t. j. nienaruszonej kości goleniowej. Opierając się na tem obliczeniu z kości goleniowych, można określić wzrost właściciela badanego kośćca na 181 cm.

C. Jaką mogła być płeć posiadacza kośćca?

Płeć posiadacza kośćca badanego może być określona w granicach prawdopodobieństwa, a to tem bardziej, że kości miednicy, dozwalające jeszcze najpewniej płeć ich właściciela oznaczyć, były u badanego szkieletu tak silnie uszkodzone, że się nie dało określić ani kształtu ich, ani wymiarów miednicy.

Wychodząc z zasady, że wedle czynionych w tej mierze pomiarów wzrost mężczyzn w wieku dojrzałym waha się między 157 do 180 cm, kobiet zaś między 153 do 166 cm, należy wnosić, że posiadacz badanego kośćca, którego wzrost wynosił około 181 cm, był mężczyzną. Ten wniosek doznaje poparcia także i w wyniku badania całego kośćca, który jest silnie rozwinięty i posiada silnie wykształcone uczepy dla mięśni. W przybliżeniu tedy należy określić płeć właściciela badanego kośćca jako męską.

D. Jaki mógł być wiek posiadacza szkieletu?

Także wiek właściciela kośćca daje się tylko w przybliżeniu oznaczyć, a zwłaszcza dlatego, że właśnie te części kośćca, które są w tej mierze ważne, albo się nie zachowały w całości lub brak ich zupełnie.

Ponieważ wszystkie części badanego kośćca odpowiadają częściom składowym kośćca dojrzałego, więc kościec badany może pochodzić tylko z człowieka dorosłego, w wieku dojrzałym będącego. Ponieważ zachowane kręgi krzyżowe formują jednolicie skostniałą kość krzyżową, a skostnienie takie następuje w wieku od 18—22 lat życia, więc na tej podstawie dałby się ocenić wiek właściciela na lat do 22. Z obecności wykształconego w szczęce górnej prawej zębodołu, z którego ząb wypadł i zaginął i z tworzenia się tego samego zębodołu w lewej górnej szczęce, gdzie dopiero kość poczęła się rozrzedzać, wynika, że w myśl odnośnego doświadczenia właściciel tych szczęk i kośćca mógł liczyć od 18—25 lat życia. W ten sposób byłaby określona dolna granica wieku właściciela badanego kośćca. Górnej granicy jego wieku nie można niestety w podobnie dokładny sposób oznaczyć, a to raz dlatego, że w okresie czasu między 25. a 40. rokiem życia nie pojawiają się w kośćcu zasadnicze, a dla tego okresu charakterystyczne zmiany, powtóre dlatego, że ze zmian w główce kości ramieniowej, które w myśl moich[7]), przez Preussa[8]) następnie potwierdzonych badań pozwalają określić wiek między 28. a 35. rokiem życia, nie mogłem zrobić użytku, gdyż w badanym kośćcu brakło właśnie główki kości ramieniowej. Mimo to nie może ulegać wątpliwości, że właściciel badanego kośćca nie mógł być człowiekiem podeszłego wieku, albowiem wszystkie znalezione jego zęby nietylko były zdrowe, lecz, co ważniejsza, nie były starte i zużyte, zarazem żuchwa jego nie przedstawiała cech starczego zaniku, wreszcie posiadał on jeszcze dobrze zachowane szwy czaszkowe, co także przyjęciu podeszłego wieku przeczy. W ten sposób można górną granicę jego wieku określić w przybliżeniu jako nie przekraczającą 40. roku życia.

W krótkości można więc wiek właściciela badanego kośćca uznać za wahający się między 18. a 40. rokiem życia, a najprawdopodobniej jako zbliżony do 30 lat życia.

E. Jaka mogła być przyczyna śmierci posiadacza kośćca?

W tej mierze brak wszelkich danych, aby módz określić choćby w przybliżeniu przyczynę śmierci. Znalezione złamania kości z powierzchnią przełomów, jaśniej od powierzchni zwykłej tych kości zabarwioną, są właśnie ze względu na tę różnicę w zabarwieniu pochodzenia świeżego i musiały powstać przy obecnem wykopywaniu kośćca, zwłaszcza wskutek swej już wspomnianej kruchości.

F. Jak długo mógł był badany kościec od śmierci swego właściciela spoczywać w ziemi?

Na powyższe pytanie w danym przypadku i w podobnych doń przypadkach doniosłe i sprawę rozstrzygające, można odpowiedzieć tylko w szerokich granicach prawdopodobieństwa

Za podstawę do udzielenia odpowiedzi na to pytanie w obecnym przypadku biorę trzy następujące dane:

a) odnośne ogólne doświadczenie sądowolekarskie;

b) wynik porównania badanych kości z innemi, które notorycznie liczą od śmierci swego właściciela przeszło 30, a względnie przeszło 110 lat;

c) stosunki miejscowe, w których badane kości znaleziono.

Odnośnie do a): Wszystkie badaniu poddane kości są pozbawione wszelkich miękkich i wilgotnych składników, wolne całkowicie od tłuszczu, pozbawione pokładów chrząstkowych, mocno porowate, brudno żółto zabarwione, przez korzenie roślinne przerośnięte, bardzo lekkie, kruche i łatwo łamliwe. Aczkolwiek kości ludzkie mogą takim, jak powyższe, zmianom uledz raz szybciej, raz wolniej, zależnie od różnych, a nie dających się określić zewnętrznych wpływów, jakim ulegały, to nie da się przecież w myśl doświadczenia zwłaszcza dawniejszych badaczy (Orfila) wykluczyć możliwości, że badany kościec mógł był, od śmierci swego właściciela licząc, spoczywać w ziemi przez 100 i nawet jeszcze więcej lat.

Odnośnie do b): Porównanie kości badanych z kośćmi szkieletu, jaki posiada nasz zakład dla celów wykładowych od 30 przeszło lat, wykazuje dowodnie, że kości badane są o wiele więcej od kości wziętych do porównania zmienione, mimo że te ostatnie uległy przecież sztucznej maceracyi. Ważniejszy jest wynik porównania badanych kości z kośćmi, jakie nasz zakład również posiada, a które wykopano przed kilku laty na placu Maryackim. Jak wiadomo [9]), stanowił plac Maryacki aż po dzień 15 stycznia 1803, jeden z licznych przykościelnych cmentarzy dawnego Krakowa. Ponieważ kości z dawnego cmentarza maryackiego pod względem swego wejrzenia i właściwości odpowiadały zupełnie kościom badanym, a nawet niewątpliwie były od nich lepiej zachowane, a spoczywały one conajmniej 110 lat w ziemi, zatem można na podstawie wyniku tego badania orzec, że kości obecnie przezemnie badane spoczywały również tak długo w ziemi.

Odnośnie do c): Badany kościec spoczywał w ziemi, pokryty częściowo i przerośnięty przez korzenie starego drzewa kasztanowego (Aesculus hippocastanum), a więc musiał się on znajdować w tem miejscu w ziemi, zanim w jego sąsiedztwie drzewo to posadzono. Wedle zasięgniętych przezemnie informacyi drzewo to mogło liczyć 50, a może i więcej lat wieku. Ta okoliczność dowodziłaby więc, że badany kościec, który spoczywał już w ziemi w chwili zasadzenia kasztana, spoczywał tam do obecnej chwili jego odkopania dłużej, niżeli 50 lat.

Że tak badany przezemnie kościec, jakoteż dwa inne, wobec komisyi sądowolekarskiej odkopane, bliżej atoli już nie badane, były stosunkowo dobrze jeszcze zachowane, mimo że spoczywały płytko w ziemi, należy przypisać dwom okolicznościom; po pierwsze właściwościom gruntu, przedstawiającego się jako lekkie, wodę łatwo przepuszczające nasypisko, powtóre tej okoliczności, że szkielety te musiały przedtem leżeć głębiej w ziemi.

Wedle planów Wawelu [10]), wykonanych przez Chavanne i Mosano, oficerów sztabu austryackiego w r. 1796 (własność c. i k. dyrekcyi inżynieryi w Krakowie), mieściły się w miejscu fasady przebudowanego obecnie gmachu po szpitalu wojskowym mury obronne, a od nich opadał nierówny poziom w miejscu znalezienia szkieletów w formie wzgórka ku ulicy Bernardyńskiej. To nierówne pagórkowate ukształtowanie terenu, w którym obecnie na szkielety natrafiono, a który teraz jest płasko zrównany, widoczne jest jeszcze na planach Weldena z r. 1846 (własność c. i k. min. wojny).

Z planów tych wynika, że teren obecnego znalezienia szkieletów był jeszcze w r. 1846 o wiele wyższy, niż obecnie. Niwelacya jego musiała nastąpić najprawdopodobniej w r. 1856 w czasie, gdy wzniesiono budynki szpitala wojskowego. Okoliczność, że wszystkie trzy szkielety leżały płytko w ziemi, z nich pierwszy, przezemnie dokładnie zbadany, 33 cm, drugi około 15 cm, a trzeci 70 cm pod obecnym naziomem, należy odnieść do nierówności tego terenu w czasie pochowania świeżych zwłok. Chociażby nawet wszystkie te zwłoki były pochowane w jednej i tej samej głębokości, od ówczesnej powierzchni terenu licząc, to musiały te pozostałe z nich szkielety zbliżyć się ku powierzchni, które w chwili pogrzebania zwłok spoczęły w wyższej części nierównego wówczas terenu. Teren ten, jako wyższy od reszty, musiał przy niwelacyi z r. 1856 uledz znaczniejszemu obniżeniu, a tem samem musiał i szkielet zwłok w nim pogrzebanych zbliżyć się więcej do obecnego naziomu. Wszakże jest niemożliwe, aby świeże zwłoki ludzkie mogły być tak płytko pogrzebane, aby z czasem szkielet ich znalazł się w głębokości zaledwie 35 cm. Okoliczność powyższa dowodzi zarazem, że w chwili niwelacyi tego terenu, dokonanej niewątpliwie w r. 1856, musiały się w odnośnych miejscach znajdować tylko same szkielety, gdyż inaczej natrafionoby już wtedy na ewentualnie zachowane jeszcze ciała, jako wymagające dla siebie więcej miejsca. Ponieważ zaś do zniszczenia zupełnego ciała ludzkiego w ziemi potrzeba szeregu lat, przeto usprawiedliwiony jest wniosek, że zwłoki właściciela badanego szkieletu musiały spoczywać w miejscu ich obecnego znalezienia na szereg lat przed r. 1856, a więc przez wiele więcej, niż przez 50 lat.

Biorąc pod uwagę dzieje dwóch ostatnio minionych wieków, nasuwa się przypuszczenie, że w mowie będące szkielety pochodzą ze zwłok wojowników, którzy padli w czasie walk, staczanych przez Konfederatów barskich z Rosyanami na Wawelu (1768—1772). Jeden jeszcze moment zdaje się za tem przypuszczeniem przemawiać. Miejsce odkopania szkieletów, położone na zewnątrz murów obronnych, nierówne i spadziste podówczas, nie przedstawiało na Wawelu stosownego cmentarza. Na wspomnianych już planach Wawelu z r. 1796 zaznaczone są krzyże dookoła nieistniejącego dzisiaj kościoła św. Jerzego, jako dowód, że około niego grzebano zwłoki ludzkie. Gdyby znalezione szkielety pochodziły ze zwłok poległych Konfederatów, to pochowanoby ciała, ich jako ciała chrześcian katolickiego wyznania, niewątpliwie koło kościoła św. Jerzego. Ponieważ, jak wiadomo [11]), Konfederaci wtargnęli w nocy z 1. na 2. lutego 1772 r. pod wodzą kapitana Saillanta i porucznika barona de Viomènila z pod komendy jenerała de Choisy w zupełnej cichości kanałem na Wawel, obsadzony przez wojsko rosyjskie i straże zabiwszy, zamek zdobyli: zatem wydaje się wielce podobnem do prawdy, że znalezione obecnie szkielety pochodzą ze zwłok poległych wówczas

rosyjskich straży, które jako zwłoki innowierców pochowano nie koło katolickiego kościoła, lecz extra muros.

G. Streszczając wszystko pokrótce, orzekam więc:

1. Przesłane mi do zbadania kości są kośćmi ludzkiemi, stanowiącemi kościec jednego człowieka.

2. Człowiek ten posiadał kościec silnej budowy i wzrost około 181 cm wynoszący.

3. Był on najprawdopodobniej mężczyzną, a to

4. w średnim wieku, t. j. najmniej 18, a najwyżej 40, możliwie około 30 lat życia liczącym.

5. Z powodu braku wszelkich danych nie można nawet w przybliżeniu określić przyczyny jego śmierci.

6. Zwłoki jego musiały zrazu o wiele głębiej w ziemi spocząć, a dopiero w czasie, kiedy już z nich pozostał tylko sam szkielet, zbliżył się on wskutek późniejszej niwelacyi terenu do obecnej jego powierzchni tak, że natrafiono nań teraz w głębokości około 35 cm.

7. Czas, jaki upłynął od chwili pochowania zwłok do chwili obecnego znalezienia ich kośćca, można stanowczo określić na znacznie więcej niż 50 lat. Możliwem i prawdopodobnem jest, że kościec ten pochodzi ze zwłok poległego w r. 1772 żołnierza.

Tak opiewało sprawozdanie z badań moich nad kośćmi, dobytemi w czerwcu z. r. na Wawelu i orzeczenie, jakie przedłożyłem c. i k. sądowi wojskowemu. Nawiązując do tego przypadku, muszę zaznaczyć, że badania kośćców ekshumowanych nie należą do częstych, to też sprawiają one już z powodu swej rzadkości pewną trudność znawcy, zwłaszcza nie przygotowanemu do takich badań. Badania te, acz trudne, bywają co do wyniku wdzięczne, choć się na pierwszy rzut oka wydaje, że ze zbutwiałych kości nic już nie będzie można dla danej sprawy ważnego wyczytać. Tymczasem, jak wdzięcznym może się potem okazać wynik badania, dowodzą znane przypadki odnośne, n. p. opisany przez Haberdę [12]).

Wynik badania kości z Wawelu można nazwać także wdzięcznym, gdyż stwierdził on niewątpliwie, że kości te spoczywać musiały znacznie dłużej niż 50 lat w ziemi, wobec czego mogły wszelkie dalsze dochodzenia władz sądowych odpaść jako bezcelowe. Określenie tego okresu czasu oparłem na podstawach lekarskich, a nadto na podstawach historycznych, przez co ekspertyza sądowo-lekarska nabrała znamion, ekspertyzom niezwykłych. Że zaś do tych podstaw w danym przypadku należało sięgnąć, wskazywał historyczny teren, w którym kości znaleziono. Bez uwzględnienia tej podstawy byłaby ekspertyza odnośnie do pytania, w danym przypadku rozstrzygającego, nadto niepewną, ogólną i wątpliwości nie usuwającą.

Rzadkość ekspertyzy danej wogóle, a przedewszystkiem wyjątkowe znaczenie miejsca znalezienia jej przedmiotu, usprawiedliwiają jej ogłoszenie, które kończę podziękowaniem Drowi Chmielowi, kustoszowi archiwum akt dawnych Krakowa, za uprzejme udzielenie mi odnośnych historycznych wskazówek.

Piśmiennictwo. 1) Prokesch: Wspomnienia mieszczanina krak. z lat 1768–1807, Kraków 1900. Biblioteka krak. Nr 12, str. 45. — 2) Postać Kazimierza W. według wymiarów dokonanych przy przekładaniu szczątków w d. 7 lipca 1869, oznaczona przez Prof. Dr. I. Majera. Rocznik c. k. Tow. nauk. krak. T. XVI. 1870, str. 223. — 3) Briand et Chaudé: Manuel complet de médecine legale. Paris 1880, str. 176. — 4) Rapmund: Der beamtete Arzt. Berlin 1900, str. 154. — 5) L. Thoinot: Précis de médecine légale. Paris 1913, T. II, str. 805. — 6) Carus: Die Proportionslehre der menschlichen Gestalt. Leipzig 1858. — 7) O oznaczeniu wieku ze zwłok i t. d. Rozpr. Akad. Um. 1894. — 8) Dissertation, Berlin 1895. — 9) Wspomnienia Ambrożego Grabowskiego, wydał S. Estreicher. Kraków 1903, T. II. str. 224 i 226. Bibl. krak. Nr 41. — Cyrankiewicz: Przewodnik po cmentarzu, na str. 46. podaje, że na cmentarzu rakowickim pochowano pierwsze zwłoki 15. stycznia 1803, a były to zwłoki Apolonii z Lubowieckich Bursikowej, na której nagrobku mieścił się napis: ...»Pierwsza z obywatelek w dziewiętnastym roku zaległa to miejsce z Istoty wyroku«...— 10) Wawel. Teka grona konserwatorów Galicyi zachodn. T. IV, Kraków 1908. To samo znachodzi się i na planie Förstla z r. 1796. — 11) Dziennik zdarzeń itd., pisany przez Wojciecha Mączyńskiego, wydał Wład. Konopczyński. Kraków 1911, str. 38. Bibl. krak. Nr 43. — 12) Vierteljschr. f. ger. Med. 1893, T. VI.

Z oddziału chorób wewnętrz. szpitala krajowego w Sarajewie.

Kilka uwag i spostrzeżeń o nerwicach wegetatywnych.

Skreślił

Prof. Dr L. Korczyński.

(Ciąg dalszy).

Nie sposób przypuszczać, aby obecność czynnych ciał białkowatych, pojawiających się w ustroju w czasie trawienia, była czemś w rodzaju nieunormowanych zjawisk. Nie godziłoby się to najzupełniej z naszemi dobrze uzasadnionemi pojęciami o celowości wszystkich spraw życiowych. Raczej przyjąć trzeba, że służą one ku spełnianiu jakichś biologicznych zadań.

Samo przez się nasuwa się tu jeszcze pytanie, skąd biorą się we krwi te ciała. Odpowiedź na nie nie jest łatwa. Stanowczej dać nawet nie sposób i zadowolnić się trzeba tylko wyrażeniem mniej lub więcej uzasadnionych przypuszczeń. Pochodzenie ich leżeć może w dwóch źródłach. Jednem z nich mógłby być narząd pokarmowy, nie wyłączając wątroby. Tworzące się w nim przez trawienie peptydy, czyli prostsze grupy kwasów aminowych, nie ulegają całkowitej syntezie w ścianach przewodu pokarmowego, pewna ich część dostaje się do krwi i dopiero później przechodzi dalsze przemiany. Zanim się to stanie, odgrywają te ciała rolę biologicznych bodźców. Drugie źródło wolnoby może było upatrywać w samej krwi, w działaniu znajdujących się w niej zaczynów. Przemawiaćby za tem mogła obecność wazodylatyny w ciałkach czerwonych. Sprawa ta dałaby się może rozjaśnić przez porównawcze badania krwi, pochodzącej z żyły wrotnej i z żył obwodowych u zwierząt, odżywianych w rozmaity sposób i badanych w tym kierunku w różnych okresach trawienia, względnie także wśród głodzenia.

Jakkolwiekbyśmy się zapatrywali na powstawanie związków białkowatych, nieobojętnych pod względem biodynamicznym, to w każdym razie należy liczyć się z ich obecnością w ustroju i z ich wpływem na szereg czynności wegetatywnych. Łączy się z tem w dalszym ciągu sprawa odżywiania wogóle. Dobór pokarmów, ich pochodzenie, spo-

sób przyrządzania i mieszanina ich mają tu niewątpliwie wielkie znaczenie. Poza tem chodzi także o najrozmaitsze t. zw. używki, które same przez się nie odgrywają roli materyału palnego lub twórczego, a przynajmniej rolę bardzo tylko niewielką, ale wywierają jednak w tym lub w owym kierunku wpływ drażniący. Obok właściwych przypraw, jak pieprz, papryka, cebula i bardzo wiele innych, zasługują tu na uwagę rozpowszechnione bardzo napoje, zawierające ciała purynowe, jak kawa, kakao, herbata. Milczeniem nie można także pomijać działania alkoholu w jakiejkolwiek postaci, który jest nietylko doskonałym materyałem palnym, ale także potężnym drażnikiem. U mężczyzn zwłaszcza liczyć się także trzeba ze skutkami nawykowego używania tytoniu.

Mówiąc o znaczeniu dynamobiologicznem tych wszystkich drażników, nie rozstrzygamy bynajmniej pytania, czy chodzi tu o wpływy bezpośrednie, czy tylko pośrednie. Te drugie wchodzą w każdym razie w rachubę w tych przypadkach, w których pokarm odbiega od zwykłego typu. gdzie gruczoły trawieńcowe nie są dostatecznie przygotowane do wytwarzania potrzebnych pod względem ilości, a nawet jakości zaczynów. Trawienie może być wtedy niezupełne, do ustroju dostawać się mogą wytwory trawienia, odbywającego się w niższych odcinkach jelit za sprawą zaczynów pasorzytujących tam stale bakteryi. Stan ten odbiega w każdym razie od typu fizyologicznego, ale i o nim nie godzi się zapominać zupełnie.

Wszystko to, o czem mówiliśmy dotychczas, odnosiło się do wpływów chemicznych, wywieranych na układ wegetatywny. Nie kończy się na tem zakres wpływów biologicznych wogóle. — Nie można żadną miarą pomijać znaczenia, jakie w tym kierunku posiadają rozliczne bodźce nerwowe.

Zaznaczyliśmy już przy innej sposobności, że medycyna kliniczna nie stała nigdy na stanowisku wyłącznie chemicznem i zawsze brała w rachubę odruchy nerwowe. Stanowisko to uzasadnić można obecnie dość ściśle także doświadczeniami fizyologicznemi, wykonywanemi na zwierzętach i licznemi spostrzeżeniami klinicznemi, które mają znaczenie eksperymentów. Powtarzać tych szczegółów nie będziemy. Zaznaczymy tylko, że nie chodzi tu tak bardzo o wpływy czysto chwilowe, doraźne. O wiele większe znaczenie mają wrażenia psychiczne i zmysłowe, powtarzające się stale. Od nich zależy stan, który nazywamy nastrojem, albo usposobieniem psychicznem. Z tym właśnie nastrojem jest bardzo ściśle związane odczuwanie doraźnych podniet nerwowych, odczyn psychiczny, wrażliwość i pobudliwość końcowych stacyi nerwowych i złączony z tem odczyn wegetatywny w narządach, wykonujących jakąkolwiek pracę.

Rozumie się samo przez się, że tego rodzaju fizyologiczny odczyn w szczegółach swoich nie może być zupełnie prosty. Na to za wiele jest ogniw. Nie chodzi tu o podrażnienie samego tylko układu nerwowego i o czynność doraźną, z podrażnieniem związaną. Trzeba pamiętać, że za wpływem podniety, działającej na zakończenia nerwów wegetatywnych w narządach, powstają zmiany w twórczości komórek tych narządów, a więc pewne zmiany chemiczne, zapewne także i elektryczne, że tworzą się jakieś związki i t. zw. prądy czynnościowe. Nie mogą one pozostawać bez znaczenia. Jakiś wpływ wywierają z pewnością. I bodaj, czy w tem nie leży istota Ehrmanowskiego neurochemizmu narządowego.

Pod wpływem różnorodnych czynników, bodźców wewnątrzustrojowych i bodźców, przychodzących drogą mózgowordzeniowego, t. zw. zwierzęcego układu nerwowego z poza ustroju, działających pokoleniami i wprost osobniczo na jednostki, kształtują się w jakiś sposób czynności wegetatywne, powstaje pewien mniej lub więcej stały typ wegetatywny ustroju. Jest on, zasadniczo rzecz biorąc, wyrazem, albo raczej zbiorem osobniczych właściwości i znamieniem biologicznego usposobienia, czyli, jak zazwyczaj mówimy, konstytucyi. Jako taki przedstawia w znacznej części dziedzictwo rodzinne, względnie pokoleniowe, a nawet szczepowe; w pewnej części jest także własnością nabytą.

Jeszcze w tych czasach, kiedy dla poznawania roli nerwów wegetatywnych posługiwała się fizyologia drażnieniem mechanicznem i elektrycznem pni nerwowych, wyszło na jaw, że pobudliwość ich u zwierząt jest nader różna. Rodzaj zwierząt, wiek ich i rasa, sposób odżywiania, wreszcie nie dające się bliżej określić ściśle osobnicze właściwości, oto szereg czynników, o których się przekonano, że wpływają na pobudliwość nerwów wegetatywnych. Wiadomości nasze w tym kierunku rozszerzyły się znacznie, gdy dla doświadczeń posługiwać się zaczęto czynnikami farmakodynamicznymi, truciznami o wybitnych wybiórczych własnościach. Nie inaczej dzieje się u ludzi. Już przez proste spostrzeganie przekonać się nie trudno, że najrozmaitsze sprawy fizyologiczne nie odbywają się na jedną modłę. Siła i częstość ruchów serca, sposób trawienia z wydzielaniem soków trawiennych, ruchy żołądka i jelit, tok przemiany materyi i cały szereg innych czynności, wszystko to jest osobniczo bardzo rozmaite, wykazuje znaczne różnice. Przy dokładniejszem wszakże rozpatrzeniu się w przejawach życia wegetatywnego, zwłaszcza, jeśli za miarę porównania bierzemy wartości krańcowe, dostrzedz można w przebiegu spraw życiowych dwa zasadnicze poniekąd typy. W jednym odbywają się z większą żywością te czynności, na które w doświadczeniach działają podniecająco bodźce autonomiczne, w drugim znów czynności, ożywiające się pod wpływem podrażnienia współczulnego. I nie byłoby może tak bardzo nieuzasadnione, gdybyśmy mówić chcieli wprost o czemś w rodzaju temperamentu wegetatywnego i odróżniać między temperamentem autonomicznym i temperamentem współczulnym, jeśli nie w powszechnem rozumieniu, to przynajmniej ze względu na niektóre szczególnie ważne przejawy życiowe.

Dopóki następstwa takiego różnego usposobienia wegetatywnego trzymają się umiarkowanych granic, nie dają powodu do niemiłych podmiotowych uczuć, a tem mniej do powstawania objawów przedmiotowych i nie sprowadzają żadnych niezwykłych następstw, nie ma powodu zajmować się niemi bliżej ze stanowiska klinicznego. Ustrój posiada dość sposobów, aby w stosownej chwili powstrzymać niepotrzebny rozmach wegetatywny i nie dopuścić do powstawania jakichkolwiek zaburzeń. Równowaga fizyologiczna nie jest naruszona. Dopiero wtedy, gdy jednostronne podniecenie wegetatywne wzrośnie nadmiernie, gdy jednostronne napięcie nerwowe bierze stanowczą przewagę nad napięciem

równoważącem i wiedzie już do powstawania zjawisk przykrych dla dotkniętych niemi osób, trzeba stany takie uważać za chorobliwe i starać się o dokładny rozbiór podstawowych nieprawidłowych objawów. Jest to równoznaczne z analizą obrazów nerwic wegetatywnych.

Pierwszym warunkiem do tego, aby rozbiór kliniczny był ścisły, jest dokładna znajomość skutków doświadczalnego podrażnienia wegetatywnego. Przegląd najważniejszych z nich daje zamieszczone poniżej zestawienie [5]).

Bodziec autonomiczny	Narząd	Bodziec współczulny
zwęża	źrenica	rozszerza
kurczy	m. rzęskowy	
kurczy	m. dźwigacz powiek *)	
	m. Müller-Landstroma	kurczy
podrażnia	ślinianki	drażni
rozszerza	naczynia mózgowe	kurczy
kurczy	naczynia jamy ust	rozszerza
rozszerza	naczynia skóry głowy	zwęża
kurczy	naczynia wieńcowe serca	rozszerza
rozszerza	naczynia jelit	zwęża
rozszerza	naczynia części rodnych	zwęża
drażni	gruczoły płuc	wstrzymuje wydziel.
kurczy	mięśnie oskrzeli	zwiotcza
osłabia	mięsień sercowy	wzmacnia
kurczy	połyk	zwiotcza
kurczy	wpust żołądka	zwiotcza
zwiększa	napięcie mięśni żołądka	osłabia
przyspiesza	ruchy żołądka	zwalnia
drażni	gruczoły trawienne żołądka	osłabia wydziel.
przyspiesza	ruchy jelit cienkich	zwalnia
przyspiesza	ruchy jelit grubych	zwalnia
kurczy	zwieracz odbytu	zwiotcza
kurczy	pęcherzyk żółciowy	zwiotcza
drażni	gruczoły wydzielnicze trzustki	osłabia wydziel.
kurczy	wypieracz moczu	zwiotcza
	zwieracz pęcherza	kurczy
	pęcherzyki nasienne	kurczy
	kanaliki nasienne	kurczy
zwiotcza	ściągacz prącia	kurczy
zwiotcza	mięśnie sromno-odbytowe	kurczy
	moszna	kurczy
drażni	gruczoły potne	drażni (?)
obniża	ciepłota ciała	podnosi
	ośrodek dla cukru	drażni

Znając następstwa doświadczalnego podrażnienia rozmaitych części wegetatywnego układu nerwowego, względnie skutki tego podrażnienia dla czynności poszczególnych narządów, można o wiele łatwiej zdać sobie sprawę o istocie i o pochodzeniu samorodnych zaburzeń. Zasadniczo rzecz biorąc, należy rozróżniać zaburzenia współczulne i zaburzenia autonomiczne Wynika z tego podział nerwic na dwie grupy, na grupę nerwic współczulnych i grupę nerwic autonomicznych.

Już z tego, co mówiliśmy poprzednio o napięciach układu wegetatywnego, należy wnosić, że wszystkie zaburzenia nerwowe rozwijają się na tle nieprawidłowego napięcia, że to, co nazywamy nerwicą, jest tylko dalszem tegoż napięcia następstwem, czemś w rodzaju wyładowywania się na zewnątrz nagromadzonej w nadmiarze i niczem nie zrównoważonej jednostronnej energii. Jak długo tego rodzaju wyładowywań nie ma, nie ma także widocznych wprost objawów nerwicy. Ale mimo to istnieje stan niezupełnie prawidłowy. Dla określenia jego służą wprowadzone niezbyt dawno do słownictwa lekarskiego nazwy: sympatykotonia i wagotonia.

Obydwa te stany oznaczają dla kliniki zwichnięcie równowagi wegetatywnej i nieodzowną przewagę jednych czynności automatycznych nad drugiemi. Ze stanowiska biologii mają one jednak dalsze jeszcze i głębsze znaczenie. Z konieczności uważać je trzeba za wyraz pewnego rodzaju zwyrodnienia. W czem ono leży? Odpowiedź na to pytanie nie łatwa. I raczej wyrazić można znowu tylko przypuszczenia.

(C. d. n.).

[5]) Według Biedla: Innere Sekretion. Wien 1910; w skróceniu.

*) Według Eppingera i Hessa.

Sprawozdania.

Sprawozdanie z podróży naukowej w zakresie dermatologicznym

odbytej z zasiłkiem Wydziału krajowego

przez

Dra Maurycego Spatza,

sekundaryusza szpitala powszechnego w Jarosławiu.

Z początkiem listopada udałem się za radą i poleceniem prym. Dr Lenartowicza na klinikę chorób kiłowych i skórnych prof. Fingera w Wiedniu, który przyjął mnie bardzo uprzejmie, rozpytał o cel przybycia i okres, przez jaki zamierzam pozostać.

Po wyjaśnieniu z mej strony, iż pragnieniem mem jest w okresie dwumiesięcznym zapoznać się z ruchem klinicznym i szpitalnym, wyćwiczyć się bardziej w metodach rozpoznania i leczenia chorób skórnych i kiłowych, zapoznać się z praktycznymi wynikami najnowszych zdobyczy z serologii, w rozpoznaniu i rokowaniu kiły, jakoteż wartości leczniczej salwarsanu, polecił mnie prof. Finger natychmiast swym asystentom, prowadzącym poszczególne oddziały i zaprosił do skorzystania z całego materyału klinicznego i ambulatoryjnego, z pracowni i z wykładów klinicznych.

Oddział prof. Fingera, który jest kierownikiem kliniki uniwersyteckiej, a zarazem oddziału szpitalnego, umieszczony w powszechnym szpitalu w Wiedniu przy Alserstrasse, składa się z 6 sal, mieszczących razem około 200 łóżek. Dwie z tych, jedna męska i jedna kobieca, stanowią sale kliniczne, następne, również po połowie męskie, po połowie kobiece — oddział szpitalny. Podległe są one wspólnemu zarządowi, jedynie ze względów czysto praktycznych rozdzielone w ten sposób, a to z tego względu, że prawo przyjmowania chorych na oddział kliniczny przysługuje tylko kierownikowi kliniki lub jego zastępcy, natomiast, o ile na oddziale szpitalnym są wolne łóżka, prawo przyjmowania na nie przysługuje również i lekarzom dyżurnym w kancelaryi szpitalnej.

Sale wszystkie obszerne, z powodu bardzo grubych murów nieco ciemne i ponure, mieszczą w sobie średnio po 35—40 łóżek.

Przypadki chorobowe w ten sposób są rozdzielone, że choroby skórne i tak zwane rzadsze przypadki umieszczone są na oddziałach klinicznych, przypadki codzienne na oddziale szpitalnym, rozdział, niezawsze utrzymać się dający.

Sale kobiece na oddziale szpitalnym dzielą się znowu na salę dla prostytutek, umieszczoną w ten sposób, że znajdujące się w niej chore nie mają sposobności spoty-

kania się z choremi z innych sal, — zasada surowo przestrzegana, — i na salę chorób kiłowych i skórnych.

Oddział męski szpitalny stanowi jedna wielka sala, mieszcząca w sobie nawet i 45 chorych, jedna sala mniejsza o stałej liczbie łóżek 14. Prócz ilości łóżek unormowanych dysponuje każda sala pewną ilością łóżek rezerwowych, tak zwanych »Nothbetten«. Łóżka dla chorych są żelazne z żelaznymi podkładami spodnimi, materacami, poduszki z włósia końskiego, nakrycia ciepłe. Nad łóżkiem tablica, mieszcząca numer sali, liczbę porządkową łóżka, imię, nazwisko, wiek, datę przyjęcia, rozpoznanie szczegółowe, leczenie i uwagi. Podłogi na salach chorych niezapuszczone, 2 razy w tygodniu przez dozorczynie myte, oświetlenie na salach gazowe, piece żelazne, opalane węglem, ciepłota stała na sali chorych około 20° Cel., często wyższa. Przy każdej sali kuchenka i szafka na naczynia, nadto w kuchence metalowa wanna dla chorych, którzy nie mogą udawać się do łazienki wspólnej dla całego szpitala.

Na każdej sali, tak męskiej, jak i żeńskiej, dwie dozorczynie, pełniące przed południem służbę wspólnie, po południu i w nocy na przemian. W czasie wolnym od służby przysługuje im zawsze prawo wyjścia, nawet sypiania poza szpitalem; większa też ich część, to zamężne kobiety. Materyał dozorczyń na oddziale dobrany, karność nadzwyczajna, polecone czynności spełniają wszystkie z największą ścisłością i skrupulatnością, a różniąc się między sobą bardzo stopniem inteligencyi i wykształcenia, pilnością i sumiennością w spełnianiu obowiązków równają się wszystkie. Za drobne bowiem nawet przewinienia lub zaniedbania tracą na dłuższy okres czasu prawo wychodu, a za kilkakrotne przekroczenia tracą posadę. Na 13 dozorczyń 12 było zamężnych; najstarszej, pełniącej czynności na tym samym oddziale 23 lata, oddany był dozór i niejako kierownictwo nad wszystkiemi innemi. Dwie pełniły czynności swe lat 18 na jednej i tej samej sali. Wynagrodzenie dozorczyń początkowo 28 koron, dochodzi z latami służby do 48 koron, po 10 latach czynności przysługuje już im prawo pensyi w kwocie 8 koron miesięcznie. Wikt dla dozorczyń równa się prawie wiktowi dla chorych klasy III, jest jednak nieco obfitszy i różnorodniejszy. Do dozorczyń należy cały nadzór nad chorymi, nad bielizną, nad środkami lekarskimi, nad przeprowadzeniem w znacznej części samego leczenia, poruczone im jest prowadzenie wykazów co do ilości chorych nowoprzybyłych i opuszczających oddział.

Lekarzy zastałem na klinice i oddziale dwunastu, z tych czterech asystentów klinicznych, trzech aspirantów klinicznych, jeden lekarz wojskowej marynarki, przydzielony na rok do kliniki i jeden hospitant. Z pośród asystentów, jeden kieruje salą kliniczną męską, drugi żeńską, trzeci całym oddziałem szpitalnym, a czwarty jest kierownikiem instytutu serologicznego dla badania krwi. Inni lekarze rozdzieleni stosownie do zapotrzebowania po jednym lub dwóch na każdej sali.

W pierwszym dniu przeznaczył mnie asystent, kierujący całą administracyą oddziału na salę kliniczną męską, po dwóch dniach jednak oddano mi jedną mniejszą salę męską oddziału szpitalnego, mieszczącą 20 łóżek. Sala ta połączona była administracyjnie z drugą salą, 50 łóżek liczącą, prowadził ją jeden starszy sekundaryusz pod kierunkiem asystenta. W obydwu salach zastałem 39 chorych na kiłę, 14 na choroby weneryczne, jak wiewiór z dalszemi powikłaniami, kilku chorych z wrzodami wenerycznymi i trzy przypadki chorób skórnych.

Z powodu częstej nieobecności drugiego lekarza prowadziłem obie sale i miałem dobrą sposobność zapoznać się w krótkim czasie z całym trybem klinicznym i administracyjnym oddziału.

Obecnym na sali trzeba było już być przed 8 rano, zbadać nowo przybyłych, spisać wywiady, a szczególnie szczegóły, odnoszące się do przebytych chorób wenerycznych i kiłowych i sposobu ich leczenia, spisać leki i choćby pobieżnie zbadać chorych celem zdania sprawy asystentowi z przebiegu przypadków. Tuż po 8. rozpoczynał asystent wizytę, polegającą na badaniu i ordynacyi przy łóżku każdego chorego, badając szczególnie jamę ustną u chorych kiłowych, mocz u chorych na wiewióra, nadto oglądając wszystkie ważniejsze zmiany chorobowe, jak kłykciny, wrzody miękkie, rany pooperacyjne i t. d. Następnie badał nowo przybyłych chorych, dyktował rozpoznanie szczegółowe bez poprzedzającego opisu objawów chorobowych. Po skończonej wizycie asystenta przystępowano do ordynacyi i zabiegów, i tak zaopatrywano rany, robiono wstrzykiwania głębokie, wstrzykiwania śródmięśniowe, pewne mniejsze zabiegi chirurgiczne, pędzlowano jamę ustną, kłykciny sączące i t. d. Robiono nakłucie u każdego nowo przybyłego chorego celem dostania pewnej ilości krwi dla badania serologicznego, zapisywano wszystkie szczegóły w krótkości do historyi chorób, sporządzano preparaty drobnowidowe krętków bladych, dwoinek Neisserowskich i t. p. Czynności te zajmowały zazwyczaj całe przedpołudnie, a o ile zdołałem czasem wcześniej się załatwić, korzystałem bądź z wykładu klinicznego, lub z ambulatoryum, o którem jeszcze wspomnę.

Raz w tydzień, w dniu, stale już dla każdej sali oznaczonym, przedsiębrał asystent szczegółowsze badanie wszystkich chorych, którzy zupełnie nago zjawiali się przed nim celem spostrzeżenia ewentualnych zmian chorobowych, a obowiązkiem lekarza tej sali było już w dniu poprzednim zapisać wszystkie zmiany chorobowe w historyi choroby, przez co każdy z nas miał sposobność wyrobić sobie wkrótce pewną samodzielność w rozpoznawaniu i ocenianiu objawów chorobowych.

Wizytę popołudniową na całym oddziale pełnił sam asystent, przechodząc sale chorych, oglądając nowo przybyłych i wypełniając dla nich arkusze dyet.

Profesor przybywał na oddział około pół do dziesiątej, przechodził wszystkie sale, badał szczegółowo tylko nowoprzybyłych, wybierał materyał chorobowy dla wykładu klinicznego i dosyć często omawiał szczegółowo przypadki zawilsze, do rozpoznania trudniejsze, przyczem uważnie słuchał zdania każdego z lekarzy, przyznawał, tłómaczył lub wyjaśniał błędy rozpoznawcze. Na oddział przyjmowano chorych ze zmianami chorobowemi ostremi, szczególnie chorych z wrzodem pierwotnym, kłykcinami, ze świeżą wysypką kiłową, chorych z zapaleniem ropnem napletka, z wrzodami wenerycznymi i ich powikłaniami, ze świerzbem, z powikłaniami wiewióra, jakoto zapalenie najądrza, jądra, sterczu, następnie chorych z łuszczycą, toczniem, strupniem i t. d. Nie przyjmowano chyba wyjątkowo chorych z ostrym lub przewlekłym wiewiórem, z wrzodem miękkim, lecz polecano im poddać się leczeniu ambulatoryjnemu.

Ordynacya ambulatoryjna w odpowiednio do tego urządzonej sali z osobnemi wejściami dla mężczyzn i kobiet odbywała się dziennie dwukrotnie, przedpołudniem od 10—1 i wieczorem od $^1/_2 6 - ^1/_2 8$ pod kierunkiem jednego z asystentów, który przedewszystkiem badał pierwszy raz się zgłaszających; prócz niego zajętych tamże było stale trzech lub czterech lekarzy wedle z góry co miesiąc ułożonego planu.

Chorych zgłaszało się do ordynacyi średnio około 300 mężczyzn i 50 kobiet. Największą ilość przypadków stanowił ostry lub przewlekły wiewiór, (przedsiębrano tu wkraplania (instylacye) przetworów srebra), następnie chorzy kiłowi, którzy zgłaszali się dla wstrzyknięć śródmięśniowych, chorzy z wrzodami wenerycznymi do opatrunku i mała liczba chorych skórnych.

Z tego znacznego materyału wybierano odpowiednie przypadki dla celów klinicznych i leczenia na oddziale szpitalnym. Przy ambulatoryum pracowały nadto dwie dozorczynie i jeden dozorca, których zadaniem było wpisać wszystkich nowo zgłaszających się do księgi ambulatoryjnej i załatwić pomniejsze czynności, jakoto opatrunki przy wrzodach miękkich, pędzlowanie jamy ustnej, przestrzyki-

wanie cewki metodą Janeta i t. d., nadto utrzymanie porządku i czystości we wszystkich ubikacyach ambulatoryum.

Wspomnieć muszę przy tej sposobności, iż dozorca ambulatoryum, zajęty już na klinice od lat 17, nabył takiej wprawy w rozpoznawaniu chorób kiłowych i skórnych i w koniecznych przy leczeniu rękoczynach, iż trafnością rozpoznań przewyższał często młodszych lekarzy, a niekiedy też i długoletniego asystenta klinicznego, a świeżo wstępującym do kliniki lekarzom dawał pożyteczne wskazówki przy zabiegach. Materyał w ambulatoryum, obfity i różnorodny, pozwalał wyćwiczyć się w krótkim czasie w rozpoznawaniu i leczeniu ambulatoryjnem chorób wenerycznych i skórnych i wszyscy lekarze chętnie się do zajęcia ambulatoryjnego zgłaszali.

Metody leczenia tak ambulatoryjnego, jakoteż klinicznego, przypadków chorobowych kiłowych, wenerycznych i niektórych skórnych streszczę naraz, aby uniknąć powtarzania się.

Jak powyżej wspomniałem, przypadków wiewióra ostrego lub przewlekłego bez powikłań nie przyjmowano na oddział, lecz leczono tylko ambulatoryjnie. W przypadkach świeżych wiewiórowego zapalenia przedniej części cewki moczowej u mężczyzn podawano 8 kapsułek kawotalu dziennie i wstrzykiwano kilkakrotnie rozczyn argoniny $0·1—0·2/_{200}$, przyczem każdemu świeżo się zgłaszającemu dawano drukowane pouczenie o sposobie zachowania się przez cały okres choroby. Przy zapaleniu tylnej części cewki moczowej polecano 4—5 gramów dziennie salicylanu sodowego, następnie w okresie oczyszczania się wydzieliny, mniej więcej po 10—14 dniach, stosowano wkraplania (instylacye) rozczynu protargolu 5—10%, a następnie zależnie od próby moczowej przechodzono zawsze po 3- lub 4-krotnem wstrzyknięciu do azotanu srebrowego w rozczynach $^1/_2$%, 1%, $1^1/_2$% i 2% cewnikiem metalowym zagiętym (Coxeter) i przy prawidłowym przebiegu stosowano następnie 5%, 10%, 15% i 20% rozczyn siarkanu miedziowego, zawsze w przerwach jednodniowych, przyczem w każdym prawie przypadku stosowano miesienie sterczu i polecano równocześnie choremu przestrzykiwać w domu cewkę argoniną lub protargolem w odpowiednich rozczynach.

Przy zupełnie prawidłowym przebiegu, gdy chory stosował się ściśle do wszystkich wskazówek, najkrótszy okres wyleczenia wynosił około dni 70, okres, narażający cierpliwość chorego na bardzo wielkie pokusy i dlatego też tylko mała liczba chorych zgłaszała się regularnie, większa część leczenie przerywała lub zgłaszała się ponownie po pogorszeniu się objawów lub przy wystąpieniu powikłań, jakoto zapaleń najądrza, pęcherza moczowego, sterczu lub stawów.

Sposób leczenia powyższych objawów chorobowych u kobiet, które zresztą bardzo rzadko zgłaszały się do leczenia — ambulatoryjnego lub klinicznego — ze schorzeniem tylko wiewiórowem narządu moczowopłciowego, były prawie identyczne ze sposobem leczenia u mężczyzn, nie używano jednak tak silnych rozczynów azotanu srebra, ani siarkanu miedziowego.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Singer i Holzknecht: **Radyologiczne dane w sprawie rozpoznania przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego.** (Münch. med. Woch. 1913, Nr 48). Promienie rentgenowskie oddać mogą cenne usługi przy badaniu chorych, u których przypuszczamy przewlekłe zmiany wyrostka, nietyle przez to, że uwidocznią wyrostek, ile przez dokładną lokalizacyę bólu i zależność jej od kiszki ślepej. Kto ma w tem badaniu wprawę, może niemal na pewne stwierdzić, gdzie leży wyrostek, względnie czy ból, na który chory się skarży, pochodzi rzeczywiście z wyrostka; wiele bowiem jest cierpień, łudząco przypominających przewlekłe zapalenie wyrostka i właśnie nieraz badanie rentgenowskie może tu sprawę wyjaśnić. W ten sposób badali autorzy 25 niejasnych przypadków, a operacye potwierdziły co do joty wynik badania, natomiast tam, gdzie przez badanie rentgenowskie wyłączono zajęcie wyrostka, dalszy przebieg potwierdził to w zupełności. Badanie to jest stosowne oczywiście tylko w okresie pewnej bolesności; jest ono wtedy bardzo cenne i nieraz uchroni lekarza od pomyłek, a chorego od złego leczenia lub niepotrzebnej operacyi. K.

Frey: **W sprawie powstawania i leczenia przetoki odbytu.** (Münch. med. Woch. 1914, Nr 4). Na podstawie materyału prywatnej kliniki Kreckego w Monachium dochodzi F. do przekonania, że gruźlica stanowi zaledwo w 6—7% przyczynę powstawania przetoki odbytu, zresztą zaś chodzi tu o sprawy ostre. Przetoka powstaje najczęściej z tego, że lekarz nacina ropień z małego cięcia, zamiast odrazu przeciąć go aż do kiszki. Za najpewniejszy sposób operacyi uważa F. wycięcie zupełne całego kanału z następową tamponadą, chyba, że ujście przetoki w kiszce leży powyżej zwieracza zewnętrznego; wtedy ze względu na możliwą niedomykalność trzeba operować podług Rottera (cięcie przyodbytowe i tamponada). Wycięcie przetoki da się wykonać doskonale w znieczuleniu miejscowem i daje zupełną pewność, że sprawa się nie powtórzy. K.

Kaspar: **W sprawie t. zw. gruzełków wskutek ciał obcych w otrzewnej.** (Deut. Zeitschr. f. Chir. 124. 5—6). Znaną jest rzeczą, że nieraz w otrzewnej spotkać możemy obrazy, przypominające żywo rozsianą gruźlicę tej błony, a mające tło zupełnie inne. Należą tu: rak, dur, białaczka, rzadziej już guzki, wywołane przez ciała obce, jak włókna roślinne, pył kamienny i t. p. Podobny obraz spostrzegał autor u chorej, która operowana była kilkakrotnie z powodu niedrożności jelit. Badanie drobnowidowe guzków wykazało, że guzki te wytworzyły się wokoło włókien, pozostałych z wacików, używanych na 6 tygodni przedtem przy operacyi. Guzki te tworzą się nieraz szybko, bo w 10 dni, jak wykazują doświadczenia na zwierzętach, ale mogą także zjawić się do roku po dostaniu się ciał obcych do otrzewnej. K.

Payr: **W sprawie zapobiegania i leczenia zrostów otrzewnych.** (Napełnianie przewodu pokarmowego żelazem i elektromagnes). (Münch. med. Woch. 1913, Nr 47). P. czyni obecnie próby na zwierzętach, a częściowo także na ludziach, z oryginalnym sposobem leczenia, starając się wpływać na ruchy jelit zapomocą elektromagnesu, przyciągającego tlenek żelaza, którym jelito zostało napełnione. Sposób ten, zdaniem Payra, dozwoli może zapobiegać, względnie leczyć i rozciągać zrosty otrzewne, podnosić opadłe narządy, odkręcać skręcone jelita, wciągać wgłobienia, będzie też bardzo pomocnym przy rozpoznawaniu cierpień mechanicznych przewodu pokarmowego i przy badaniu rentgenowskiem, a może da się nim także leczyć przewlekłe zaparcie, zwężenia jelit i t. p. K.

Portner: **Rozpoznawanie i leczenie krwiomoczu.** (M Klinik 1913, Nr 46). Przy krwiomoczu pewne rozpoznanie uczynić można głównie zapomocą cystoskopu, i to najlepiej w czasie samego krwotoku, bo potem często wynik badania bywa ujemny. Nie należy tylko cystoskopować, gdy przypuszczamy, że krwotok ma za przyczynę ostre wiewiórowe zajęcie pęcherza lub przy przeroście sterczu, gdy zachodzi obawa zakażenia lub zwężenie nie dozwala wprowadzić narzędzia. Przedtem należy się upewnić mikroskopem zawsze, czy chodzi o hematuryę, czy też o hemoglobinuryę. Krwotoki pochodzić mogą z tylnej części cewki, z pęcherza, moczowodu lub nerki. Rozstrzyga o tem badanie cystoskopem, badanie sprawności nerek i badanie moczu. Gdy przypadek jest niejasny, a nerka krwawi i jest bo-

lesna, lepiej nie zwlekać z odsłonięciem jej, a nieraz spotka się przytem nowotwór. Co do leczenia krwawień moczowych, to przy krwotoku z cewki wystarcza leczenie miejscowe, względnie cewnik na stałe i wkraplanie 2% azotanu srebrowego. Krwotoki gruźlicze usuwa operacya nerki, pęcherzowe operacya pęcherza, względnie wypalenie guza. Krwotoki przy kamieniach nie są zwykle groźne i ustają z chwilą wyjęcia kamienia. Nieraz wielkie trudności sprawia leczenie krwotoku przy sprawie zapalnej nerki, zwłaszcza, że krwotoki takie grożą niekiedy życiu; wtedy nie pozostaje nic innego, jak nerkę wyjąć. Mniejsze znaczenie mają krwotoki przy nerce wędrującej i wodonerczu. Tu umocowanie nerki lub operacya plastyczna miedniczki rychło je usuwa. K.

Schlaginweit: **Powstawanie i leczenie kamieni pęcherzowych.** (Tow. lek. Monachium II. 1914). Kamienie pojawiają się niejako endemicznie głównie w krajach mało kulturalnych, i to u dzieci sfer biednych, gdzie warunki higieniczne są bardzo złe, a odżywianie przeważnie roślinne. Właściwej przyczyny tworzenia się kamieni jeszcze nie znamy. Rozpoznanie obecnie następuje z pomocą oglądania pęcherza lub promieni Röntgena; taksamo kontrolujemy wynik operacyi. Tak kruszenie, jak cięcie nadłonowe da się znakomicie wykonać w znieczuleniu miejscowem sposobem Brauna. O ile kto ma w kruszeniu wprawę (bo jest ono znacznie trudniejsze, niż cięcie nadłonowe) i o ile ma odpowiednie narzędzia, to jeżeli nie ma zaułka w pęcherzu lub nowotworu, powinien zawsze kruszyć kamienie, chyba że są zbyt twarde, lub mają za jądro ciała obce. Kruszenie daje szybszy wynik, śmiertelność minimalną, nie naraża chorego na powikłania przyranne i t. d., ale wymaga troskliwego leczenia po zabiegu i urządzeń szpitalnych. K.

Mosenthal: **O obrazach rentgenowskich kamieni nerkowych i moczowodowych.** (Tow. lek. Berlin I. 1914). Przed każdą zamierzoną operacyą nerki z powodu kamienia należy wykonać bezwarunkowo zdjęcia rentgenowskie, i to z każdej strony po dwa, t. j. nerki i moczowodu. Na 500 chorych (1250 zdjęć) uzyskał M. 205 razy wynik dodatni, a pomyłki wydarzają się w 1%. Pyelografię miedniczek zapomocą kollargolu robić należy pod bardzo małem ciśnieniem. Z płyty nieraz rozpoznać możemy przypuszczalny skład kamienia. Zdjęcie robić należy przy wstrzymanym oddechu płytami podwójnemi. K.

Borelius: **Przyczynek do osteoplastyki.** (Bruns Beiträge. Tom 88. Zesz. 1). Znamy cztery metody osteoplastyki: 1) autoplastykę z własnego ciała, 2) heteroplastykę ze zwłok, 3) plastykę ze zwierząt, 4) zastosowanie materyału martwego (kość słoniowa, róg i t. d.) Ten czwarty sposób plastyki ma przed sobą jeszcze otwarte pole, gdyż nie wiadomo, jak szeroko go można stosować. To samo można powiedzieć o przeszczepianiu żywych kości zwierząt n. p. małp. Küstner i Lexer otrzymują dobre wyniki przy przeszczepianiu kości ze zwłok. Sposób ten nie jest jednak zupełnie pewnym. Autor uważa za najlepszy sposób autoplastykę, która przy skrupulatnej aseptyce, rozumnem wskazaniu i dobrej technice daje wyniki doskonałe. We wszystkich przypadkach wszczepia autor kość piszczelową (tibia). Stawy rzekome (pseudoartrozy) operuje w ten sposób, że piłką Gigliego odpiłowuje z piszczeli płat kości z okostną i w sposób dowolny umocowuje go na odświeżonej powierzchni pseudoartrozy. Wielkie znaczenie ma dokładne przymocowanie mięśni na wszczepione części. Przy brakach w kości obojczykowej, barkowej, piszczelowej, stosował autor również kość piszczelową. W dwu przypadkach trzeba było zastąpić kość barkową wraz ze stawem. W tym celu użył autor kości strzałkowej wraz ze stawem strzałkowo-piszczelowym. Dla umocowywania przeszczepionej części poleca Borelius materyał trudno ulegający wessaniu. Każdy chirurg, który jest panem techniki i aseptyki, otrzymywać będzie doskonałe wyniki tą metodą przeszczepiania kości. Tadeusz Kon

Położnictwo i ginekologia.

Koblanck: **Wskazania do wzniecania porodu przedwczesnego i jego technika.** (Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung 1913 Nr 18). Autor znacznie rozszerza pojęcie wywołania porodu przedwczesnego przez to, że do porodów przedwczesnych zalicza również poronienia. Uzasadnia to autor tem, że chociaż ogólnie przyjęto, iż płód przed 28. tygodniem ciąży jest niezdolny do życia, jednakże dziecko, urodzone przed końcem 34 tygodni ciąży, również bardzo często ginie. Dlatego też autor twierdzi, że nie można uważać 28 tygodni ciąży za granicę między wywoływaniem poronienia, a wzniecaniem porodu przedwczesnego, lecz należy ją przesunąć znacznie dalej.

Z tego także względu utożsamia autor wywołanie poronienia ze wznieceniem porodu przedwczesnego, podciągając jedno i drugie pod jedną kategoryę, że wskazania i sposoby wykonania jednego i drugiego są te same. Wskazania, jakie zniewalają lekarza do wywołania poronienia, czy porodu przedwczesnego, bywają ze strony narządów płciowych następujące: wązka miednica, nowotwory (myoma, carcinoma), zakażenie macicy, pochylenie ku tyłowi macicy ciężarnej, również choroby innych narządów: gruźlica płuc i krtani, wady serca, zapalenie nerek, rzucawka, psychozy, niepowściągłe wymioty ciężarnych; ze strony jaja płodowego: ostry nadmiar wód płodowych, obumarły płód, zbyt długo trwająca ciąża. Wązka miednica dawniej odgrywała wielką rolę przy wskazaniach do wzniecania porodu przedwczesnego. Jednakże złe wyniki, jakie daje to wzniecanie, udoskonalenie techniki rozszerzania miednicy i cięcia cesarskiego wpłynęły na to, że porodów przedwczesnych ze względu tylko na zwężenie miednicy prawie zupełnie się nie stosuje. Symfizyotomia, hebosteotomia, cięcie cesarskie, dają daleko lepsze wyniki, niż wzniecenie porodu przedwczesnego. Zabiegi te można wykonać nawet w mieszkaniu położnicy, o ile klinika jest zbyt daleko położona. Ze wszystkich tych operacyi w domu poleca autor w domu prywatnym wykonywać jedynie cięcie cesarskie, i to zewnątrzotrzewne metodą Franka. Po ogoleniu pola operacyjnego i po zajodynowaniu, przecinamy poprzecznie skórę i powięź w blizkości włosów sromu, odsuwamy mięśnie proste od siebie, a następnie otrzewnę i pęcherz przesuwamy ze strony lewej na prawą, oddzielając je od szyjki macicznej. Obnażoną w ten sposób ścianę szyjki przecinamy mniej więcej w linii środkowej i wydobywamy dziecko kleszczami. Po usunięciu łożyska, szyjkę zszywamy szwem węzełkowym, a następnie zszywamy poszczególne warstwy powłok brzusznych. Za zachętę do wykonywania cięcia cesarskiego może również służyć to, że kobiety przestały się bać cięcia cesarskiego. Nowotwory również są wskazaniem do wywoływania porodu przedwczesnego. Decyzya w tych razach zależy od siedziby nowotworu. Jedynie przy mięśniakach szyjki macicznej jest wskazane wywołanie porodu przedwczesnego, (wyżej położone nowotwory nie przeszkadzają ani ciąży, ani porodowi). A z mięśniaków szyjki macicznej jedynie śródmiąższowe zmuszają do wykonania porodu przedwczesnego, natomiast podotrzewne jedynie wtedy, kiedy zamykają cały kanał rodny. Śródmiąższowe również muszą być dość znaczne, aby zmuszały do wywołania porodu przedwczesnego. Przy dużych śródmiąższowych mięśniakach najlepiej usunąć całą ciężarną macicę wraz z płodem. O ile ciąża jest powikłana obecnością raka, należy rozstrzygnąć, czy ten rak jest ograniczony tylko do macicy, czy też szerzy się i na sąsiednią tkankę łączną, ewentualnie pęcherz. Tylko w pierwszym przypadku można się zdecydować na przedwczesne wywołanie porodu. Jeszcze do bardzo niedawna byłoby w takich razach naszym obowiązkiem natychmiast wyjąć macicę drogą pochwy lub drogą brzuszną. Dzisiaj jednak probujemy przedewszystkiem zastosować promienie Röntgena. Jakby wpływały w takich razach promienie radu i mesotoru, mało możemy powiedzieć, a to tembardziej, że nie wiemy, jak te promienie

wpływają na rozwój dziecka. Prędzej szkody należy od nich oczekiwać i dlatego lepiej w czasie ciąży ich nie stosować. Coraz częściej w dzisiejszych czasach przerywamy ciążę wskutek zakażenia macicy, powstałego wskutek usiłowań zbrodniczego spędzenia płodu. Autor przy zgięciu macicy ciężarnej ku tyłowi ciąży nie przerywa, lecz odprowadza macicę albo ręcznie, albo zapomocą kolpeuryntera z rtęcią.

Następnie omawia autor przerywanie ciąży przy chorobach innych narządów u matki, przedewszystkiem zaś przy gruźlicy płuc. Rozróżnia przytem gruźlicę jawną i ukrytą. Przy jawnej, w ciąży stan matki pogarsza się w 90%, śmiertelność dochodzi do 60%; w ukrytej stan się pogarsza w 20%, śmiertelność dochodzi do 3%. O ile przerywamy ciążę u matek z widoczną gruźlicą, śmiertelność obniża się do 16%. Przerywania ciąży należy dokonywać u matek gruźliczych w pierwszych 3 miesiącach ciąży. W późniejszych miesiącach chybia ono celu. Gruźlica w ostatnich miesiącach ciąży szybkim krokiem idzie naprzód; często zdarza się tu samoistny poród przedwczesny i śmierć matki. Często jednak stan matki pogarsza się w czasie poporodowym, w połogu. Autor tłomaczy to tem, że liczne zarazki dostają się przez otwarte naczynia krwionośne do ogólnego krążenia. Dlatego też radzi autor nietylko wywołać poród przedwczesny, ale i usunąć miejsce zakażenia. W tym celu należy wykonać jeden z trzech następujących zabiegów: 1) całkowite wycięcie macicy z usunięciem jajników, 2) usunięcie całkowite tylko macicy, 3) usunięcie trzonu macicy po dokonanem poronieniu. Z tych trzech zabiegów poleca autor jedynie dwa ostatnie, gdyż usunięcie jajników bardzo ujemnie odbija się na późniejszym stanie zdrowia matki.

Przy gruźlicy matki doradza autor następujące postępowanie: 1) Przy gruźlicy ukrytej leczymy podczas ciąży matkę tak, jak gdyby tej ciąży nie było, mając na oku jedynie gruźlicę. W połogu musimy bacznie opiekować się matką. Dziecka do piersi nie przystawiamy. 2) Przy gruźlicy jawnej, albo przy gruźlicy leczonej, która w ciąży się zaostrzyła, w pierwszych trzech miesiącach ciąży należy macicę usunąć, albo po oddzieleniu jajników wyciąć dno macicy wraz z miejscem przyczepu łożyska. Z początkiem czwartego miesiąca ciąży całą uwagę zwracamy na uratowanie dziecka, gdyż matki w tym czasie już uratować się nie da. Czy należy usunąć macicę po urodzeniu się donoszonego płodu, to pytanie jeszcze nie jest rozstrzygnięte.

Przy chorobach serca zwracamy uwagę, czy wady serca są wyrównane, czy też nie, i tylko niewyrównane bierzemy w rachubę. Zwężenie zastawki dwudzielnej jest przytem wadą najniebezpieczniejszą. Początkowo próbujemy, czy się nam nie uda zapomocą kąpieli kwasowęglowych, śródżylnych wstrzykiwań strofantyny, mięsień sercowy wzmocnić. Jeżeli nie, natychmiast przystępujemy do przerwania ciąży bez względu na to, jak daleko jest ona posunięta. Przed przystąpieniem do zabiegu wstrzykujemy digalen. Zabieg sam wykonujemy w ten sposób, ażeby w ustroju matki nie nastąpiła raptowna zmiana w ciśnieniu krwi. Przekłuwamy więc pęcherz płodowy i pozwalamy wodom zwolna odpływać; bóle porodowe powstają zwolna; przy zupełnem otwarciu zakładamy kleszcze i natychmiast po usunięciu płodu kładziemy na brzuch ciężki worek z piaskiem lub brzuch silnie bandażujemy.

Co się tyczy przerywania ciąży przy zaburzeniach ze strony nerek, to musimy zwykle uwzględniać przejście zaburzeń nerkowych, wywołanych ciążą, w zapalenie nerek; wystąpienie objawów mocznicy; zaburzenia ze strony innych narządów, jak serca, płuc, oczu; niebezpieczeństwo grożące płodowi. Następujący schemat ułatwi rozwiązanie pytania, czy mamy nerkę ciężarnych, czy też zapalenie nerek:

	nerka ciężarnych	zapalenie nerki
Ilość moczu	znacznie zmniejszona	nieznacznie zmniejszona
białka	dużo	niewiele
mikroskopowo	leukocyty, wałeczki szkliste	erytrocyty, wałeczki ziarniste
serce	prawidłowe	powiększone
tętno	prawidłowe	twarde
dno oka	prawidłowe	zapalenie siatkówki

O ile chodzi o nerkę ciężarnych, to wyczekujemy, przepisujemy spokój i dyetę, badamy często mocz i jak tylko spostrzeżemy, że nerka ciężarnych przechodzi w zapalenie nerek, wywołujemy poród. Objawy mocznicy: bóle głowy, żołądka, wymioty, zaburzenia wzroku, szybkie wystąpienie obrzęków, zniewalają do natychmiastowego przerwania ciąży. Zapalenie miedniczek nerkowych wymaga przedwczesnego wywołania porodu, o ile to zapalenie przechodzi na miąższ nerkowy, albo jeżeli nie może być ograniczone przez przepłukiwanie miedniczek, przez stosowanie środków wewnętrznych, przez dyetę. Rzucawka wymaga przerwania ciąży. Przy psychozach radzi autor być bardzo powściągliwym z przerywaniem ciąży. Przy padaczce, o ile napady drgawek są bardzo częste, przerwać trzeba ciążę w piątym miesiącu. Niepowściągłe wymioty ciężarnych radzi autor próbować leczyć zapomocą odosobnienia, sugestyi, bromku sodowego 2·0 w lewatywie trzy razy dziennie, albo stosować: »Rp. Chloral. hydr. 1·5, pyramidon 1·0, tinct. vanil. 2·0, syr. c. aur. 20·0, satur. citr. ad 150·0«, przypalanie lewej środkowej małżowiny nosowej kwasem trójchlorooctowym.

Wskazaniem do wywołania porodu przedwczesnego ze strony płodu jest ostry nadmiar wód płodowych (hydramnios), śmierć płodu, zbyt długo trwająca ciąża przy nieznacznem zwężeniu miednicy.

Technika wywołania porodu przedwczesnego: Dla wzmocnienia nadeszłych już bólów porodowych poleca autor sekakorninę, przetwory przysadki, z których najbardziej zaleca pituglandol, koluitrynę. Sam sposób operacyi zależy od czasu ciąży, od wskazań dla dokonania zabiegu. W pierwszych 3—4 miesiącach (tutaj główną rolę grają choroby płuc i serca) poleca autor albo pochwowe cięcie cesarskie, albo rozszerzenie szyjki macicznej za pomocą blaszecznicy, lub gazy. Przed zastosowaniem blaszecznicy, rozszerzamy kanał szyjki macicznej metalowemi rozszerzadłami o tyle, ażeby można było pomieścić w kanale dwa pręciki blaszecznicy obok siebie. Wstrzyknięcie przytem sekakorniny lub pituglandolu wzmaga powstałe bóle porodowe. Po 12 godzinach zostaje jaje płodowe samo przez się wydalone, lub daje się łatwo usunąć. Jaje usuwamy ręcznie. W późniejszych miesiącach wybieramy między przerwaniem błon płodowych metreurzyą, a galwanizacyą. Wewnątrzszyjkowa galwanizacya wraz z przetworami przysadki daje się stosować w klinice. W praktyce najlepszą jest metreuryza. Po urodzeniu się metreuryntera wykonywamy obrót i wydobycie płodu, albo zakładamy kleszcze. Na zakończenie daje autor praktyczną radę, by nie przerywać ciąży, nie otrzymawszy zawczasu piśmiennej zgody obojga małżonków, ażeby w przyszłości uniknąć nieprzyjemnych skarg.

Tadeusz Kon.

Graff: **O wpływie ciąży na wzrost nowotworów złośliwych.** (85 Zjazd niem. lek. i przyr. Wiedeń). Panuje zapatrywanie, że ciąża wpływać ma dodatnio na rozwój i wzrost nowotworów złośliwych. Zdanie to oparto głównie na spostrzeżeniu, że rak sutka i macicy nieraz szybciej rośnie wśród ciąży. Nie można jednak uważać tych niejako miejscowo podrażnionych raków za regułę, a doświadczenia na zwierzętach, przeprowadzone przez G. w 200 przypadkach, wykazują coś wręcz przeciwnego. Podobnego zdania są Wertheim i Zweifel. Teilhaber nawet jest tego zdania, że wskutek przekrwienia szanse operacyi raka u ciężarnych są lepsze. Frankl wykazał w rakach u myszy niekorzystny wpływ ciąży na rozwój guzów nowotworowych. K.

Ludwik Stein: **O wpływie diuretyny na miesiączkowanie.** (Wien. med. Woch. 1913, Nr 31). Diuretyna wpływa na rozszerzanie się naczyń obwodowych, mianowicie dolnej połowy ciała. Stąd diuretyna przyspiesza miesiączkowanie.

Przy stosowaniu diuretyny miesiączka występowała o 8—10 dni wcześniej, niż zwykle; w przypadkach, kiedy następowało zatrzymanie miesiączki, jak w okresie przekwitania, przy niedokrwistości i t. d. 2—3 gr. diuretyny wystarczało, ażeby miesiączkę znowu wywołać. Dlatego też n. p. przy zapaleniach macicy i zapaleniach okołomacicznych trzeba być ostrożnym z podawaniem diuretyny. Tadeusz Kon.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Związek lekarzy rządowych w Galicyi.

Doroczne Walne Zgromadzenie w d. 16. i 17. lutego 1914 r. we Lwowie.

Tegoroczny Zjazd lekarzy rządowych zgromadził 70 uczestników ze wszystkich części kraju. Z zaproszonych gości przybyli: członkowie Najwyższej Rady zdrowia prof. Kostanecki i prof. Kučera, członek Krajowej Rady zdrowia prof. Sieradzki, z Namiestnictwa radca dworu Ustyanowski i Grodzicki, z Izby lekarskiej lwowskiej wiceprezes Dr Papée i Dr Mikołajski, oraz inspektor szpitali krajowych radca Dr Müller.

Zjazd zagaił prezes Dr Czyżewicz, przyczem w ciepłych słowach złożył hołd pamięci zmarłych członków. Dla trwałego uczczenia ich pamięci złożyli zebrani 281 K, a Wydział Związku przeznaczył 100 K na fundusz wdów i sierot po lekarzach rządowych im. Dra Barzyckiego.

Imieniem Namiestnictwa powitał Zjazd r. dw. Ustyanowski.

1) Następnie Dr Kuhn i Dr Czyżewicz przedstawili referaty **o nowej ustawie epidemicznej,** (które w obszernem streszczeniu będą drukowane w »Przeglądzie lekarskim«). — Referaty te wywołały ożywioną dyskusyę. Oprócz postulatów, zawartych w referacie Dr Czyżewicza, poruszono w dyskusyi potrzebę cmentarzy gminnych do grzebania zwłok zakaźnych. Prof. Kučera objaśniał sprawę rozporządzeń wykonawczych do ustawy, będących właśnie przedmiotem obrad Najwyższej Rady zdrowia i przyrzekł ze swej strony poprzeć żądania Związku. Rezolucye, wniesione przez Dr Czyżewicza, przekazano Wydziałowi Związku do dalszego załatwienia.

2) Dr Janikiewicz przedstawił **organizacyę walki z gruźlicą w powiecie skałackim,** gdzie zawiązane niedawno Koło Towarzystwa przeciwgruźliczego prowadzi 3 dyspensatorya (w Skałacie, Hałuszczyńcach i Podwołoczyskach) kosztem 1000 K rocznie.

Popołudniu zwiedzono fabrykę konserw Dr Ruckera.

Drugi dzień Zjazdu wypełniły sprawy administracyjne, wybory Wydziału na r. 1914, wykłady zaś wygłosili:

3) Dr Bory: **O durze osutkowym.** Na zasadzie własnych spostrzeżeń dochodzi prelegent do wniosku zgodnie z badaniami Nicollea i i., że roznosicielami duru są pchły i wszy.

4) Dr Skałkowski: **O badaniu robotników uszkodzonych wskutek wypadków.** Wykład ten, zestawiający przejrzyście główne zadania lekarza w tych przypadkach, wywołał obszerną dyskusyę. Kc.

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Sprawozdanie z działalności Towarzystwa lekarskiego łódzkiego za r. 1913.

Skład osobisty Towarzystwa: D. 31 grudnia 1913 r. Towarzystwo liczyło członków honorowych 40, członków korespondentów 23, członków czynnych 99.

Skład Zarządu Towarzystwa: Prezes kol. A. Krusche, wiceprezes kol. S. Sterling, sekretarz I kol. E. Sonenberg, sekretarz II kol. A. Tomaszewski, skarbnik kol. H. Trenkner, bibliotekarz I kol. Z. Prechner, bibliotekarz II kol. H. Goldberg.

Komitety stałe: a) biblioteczny, koledzy: M. Cohn, Goldman i Trenkner; b) komisya rewizyjna: koledzy Littauer, Kiliński i Golc.

Skład sądu przy Towarzystwie: a) członkowie sądu: K. Jasiński, Sterling, Michalski Józef, Sonenberg, Grabowski (do maja r. z.), Skalski (od maja); b) członkowie zastępcy: Skalski (do maja) i Garlicka.

Komitety czasowe: Na członków podkomitetu organizacyjnego mającego się odbyć w r. 1914 Zjazdu lekarzy prowincyonalnych w Lublinie, wybrano kolegów: Sterlinga, Tomaszewskiego i Józefa Michalskiego.

W roku sprawozdawczym przyjęto w poczet członków Towarzystwa kolegów: Brabandra, Gromskiego, Eisnera, Dutkiewicza, Pinkusa Ludwika, Litmanowicza i Wolfsohna.

Śmierć zabrała z grona członków Towarzystwa b. p. kol. Herasima Weisberga.

Zarząd Towarzystwa odbył w ciągu roku ubiegłego 4 posiedzenia. Towarzystwo odbyło 20 posiedzeń oraz jedno posiedzenie nadzwyczajne w sprawie kas chorych. Wykładów i rozpraw odczytano 18: Z dziedziny dyagnostyki 1 (kol. Rozenblatówna), z dziedziny chorób wewnętrznych 4 (kol. Sterling, Rosenthal, Maybaum); z zakresu chorób dziecięcych 2 (Rozenblatówna, Gromski); z zakresu położnictwa i chorób kobiecych 4 (Rundo, S. Kohn, Brabander, Szejerowicz); z dziedziny chorób uszu 2 (A. Hejman, Czaplicki); z zakresu chorób nerwowych 1 (Więckowski); z zakresu syfilidologii 1 (Grosglik); radyologii 1 (Maybaum); z dziedziny chorób nagminnych 1 (Skalski) i z dziedziny statystyki 1 (Schoenaich). Chorych w roku sprawozdawczym pokazano 45; preparatów anatomo-patologicznych, klisz rentgenograficznych, preparatów mikroskopowych i t. d. pokazano 31. Z dłuższych omówień, których treścią były przypadki kazuistyczne, wrażenia, zebrane przy zwiedzaniu obcych zagranicznych urządzeń leczniczych, nowe metody lecznicze i t. d., zaznaczyć należy: 1) Mogilnickiego, omówienie, przy sposobności przedstawionych przypadków, najnowszych poglądów na etyologię pląsawicy; 2) Tomaszewskiego, przy sposobności przedstawienia przypadków gruźlicy kręgów, operowanych metodą amerykańską, szczegółowe omówienie zasad i techniki wymienionego zabiegu; 3) Rozenblatównej, która po zwiedzeniu szpitali i lecznic dla chorób dziecięcych w New-Yorku, podzieliła się ze słuchaczami wrażeniami, które tam zebrała, podkreśliwszy odrębności, dostrzeżone za oceanem w dziedzinie urządzeń leczniczych i wykonawstwa leczniczego.

Dyskusye nad odczytami i pokazami odznaczały się naogół pogłębieniem przedmiotu ze strony kolegów, którzy zabierali głos w dyskusyi. Niektóre przemówienia w dyskusyach stanowiły poniekąd uzupełnienia odczytów. Do tych zaliczyć należy przemówienia kolegów: 1) Sterlinga: O gruźlicy zapalnej Ponceta; o stosowaniu tuberkuliny z laseczników typu bydlęcego w celach rozpoznawczych (w dysk. nad odczytem o współczesnych poglądach na odczyny tuberkulinowe u dzieci); 2) Kaufmana: O uśpieniu chloroformowem »à la reine« (dysk. nad odczytem o środkach, łagodzących bóle porodowe). 3) Sonenberga: O niektórych ciekawych zjawiskach na skórze, spostrzeganych przy stosowaniu prób tuberkulinowych (w dysk. nad odczytem o współczesnych poglądach na odczyny tuberkulinowe u dzieci).

Streszczając powyższe daty, widzimy, że w roku ubiegłym mieliśmy odczytów 18, chorych pokazano 45, preparatów anatomo-patologicznych i t d. 31. W zestawieniu z r. 1912 ilość odczytów taka sama, natomiast pokazów znacznie więcej, bo o 35. Na wygłoszenie 18 odczytów w roku sprawozdawczym złożyło się 15 prelegentów, trzech bowiem prelegentów wygłosiło odczyty dwukrotnie. Z liczby 15 prelegentów było z grona członków Towarzystwa osób

12, trzech prelegentów nie należało do stowarzyszonych lekarzy. Chorzy przedstawiani stanowili wyłącznie prawie materyał szpitalny oraz z lecznic prywatnych.

Frekwencya uczęszczających na posiedzenia w roku sprawozdawczym znacznie wzrosła. Na ten wzrost złożyli się w znacznej mierze nowo przybyli koledzy, w charakterze gości, wśród których znów dużą odsetkę, zwłaszcza w drugiej połowie roku ubiegłego — stanowiły kobiety. Na kilku posiedzeniach liczba koleżanek dochodziła do 18 i 20. Wyrazem zwiększonego zainteresowania się kolegów-gości pracami Towarzystwa był większy niż zwykle, udział ich w odczytach, przedstawianiu chorych i t. d. W roku bowiem sprawozdawczym koledzy nie stowarzyszeni, zamieszkali w Łodzi, wypowiedzieli 2 odczyty, przedstawili 5 chorych i t. d.

Ze spraw o podkładzie zdrowotno-społecznym, poruszanych w roku ubiegłym w naszem Towarzystwie, wymienić należy dwukrotnie podnoszoną sprawę zbadania charakteru panoszącej się w Łodzi epidemii czerwonki. W imieniu sekcyi pedyatrycznej kol. Maybaum zaproponował utworzenie w tym celu komisyi, a w kilka miesięcy później kol. Skalski zaproponował zwrócenie się Towarzystwa do laboratoryum miejskiego. Towarzystwo poruczyło koledze Skalskiemu zajęcie się tą sprawą, wynikiem czego było, że zarządzający laboratoryum, kol. Bogusławski, przyrzekł bezinteresownie badać przysyłany do pracowni przez kolegów materyał (wypróżnienia chorych).

Z korespondencyi, odezw i t. d., które nasze Towarzystwo otrzymało w ciągu roku, na wyszczególnienie zasługuje otrzymany od prof. Halbana odpis listu jego do komitetu, który urządzał w roku bieżącym Zjazd psychiatrów i neurologów w Gandawie. List ten jest odpowiedzią na zaznaczający się na wszystkich zjazdach i kongresach naukowych kierunek, lekceważący odrębności narodowe ludów, pozbawionych niezależności politycznej i zwraca się z apelem do komitetu, upominając się o pogwałcone prawa lekarzy polskich.

Powyższe szczegóły stanowią wizerunek działalności naukowej naszego Towarzystwa za rok ubiegły. Jeśli zważymy, że rok ten zbiegł się z pracami przygotowawczemi na zapowiedziany na wiosnę Zjazd lekarzy prowincyonalnych w Lublinie i że okoliczność ta nie wpłynęła ujemnie na przebieg prac Towarzystwa, działalność bowiem tegoż nie odbiegła od norm lat ostatnich, musimy przyznać, że całość tej działalności za rok sprawozdawczy przedstawia się korzystnie. Sekretarz: E. Sonenberg.

Sprawozdanie z czynności sekcyi pedyatrycznej Towarzystwa lek. w Łodzi. Przewodniczący do czerwca kol. Schoenaich; od czerwca, jako zastępca do czasu ponownych wyborów, kol. Tomaszewski; sekretarz kol. Gromski.

W ciągu roku odbyło się 8 posiedzeń, na których było ogółem osób 140, średnio na każdem 17 osób.

Wygłoszone zostały następujące odczyty i przedstawione pokazy.

Odczyty: Kol. Czaplicki: Drżenie oczu błędnikowei jego znaczenie rozpoznawcze. — 2) Kol. Schoenaich: a) Przypadki zwężenia krtani z przerostu grasicy. b) VII sprawozdanie roczne z działalności szpitala »Anny Maryi« w Łodzi. — 3) Kol. Gromski: a) Tuberculosis universalis cum cirrhosi hepatis et nephritide haemorrhagica. b) Sprawozdanie z posiedzenia wydawców »Przeglądu pedyatrycznego«. — 4) Kol. Stankiewicz: a) Przypadek marskości wątroby na tle kiły dziedzicznej u chłopca 14-letniego. b) O leczeniu płonicy neosalwarsanem. c) Przypadek błonicy skóry.—5) Kol. Schoenaich: O leczeniu pląsawicy neosalwarsanem. — 6) Kol. Czaplicki: Laryngofissura post intubationem multiplicem.

Pokazy: 1) Schoenaich: a) 2 przypadki obrzęku śluzowatego; b) przypadek wyleczonego tężca u chłopca 10-letniego; c) 7 przypadków pląsawicy leczonej neosalwarsanem. — 2) Gundlach: a) preparat anatomiczny wielokrotnego wrodzonego zwężenia jelita biodrowego u dziecka 5-dniowego; b) preparat jelita zadzierzgniętego w uchyłku Meckela. — 3) Tomaszewski: a) pokaz torbieli jajnika u dziewczynki 6-letniej, wyjętej drogą operacyjną; b) przypadek nowotworu złośliwego (lymphosarcoma) migdała lewego i gardła; c) przypadek wodogłowia nabytego; d) osteopsathyrosis; e) przypadek gruźlicy kręgów leczonej metodą Albée. — 4) Czaplicki: Przedstawienie próby obrotowej drżenia oczu błędnikowego. — 5) Stankiewicz: Pokaz preparatu anatomicznego rzadkiej postaci czerwonki. — 6) Rotwand: Pokaz 4 przypadków pląsawicy, leczonych neosalwarsanem.

Sprawozdanie z czynności sekcyi neurologiczno-psychiatrycznej. W roku ubiegłym sekcya neurologiczno-psychiatryczna według sprawozdania sekretarza sekcyi kol. Klozenberga odbyła posiedzeń 8, w tych 3 w Kochanówce, a jedno wspólne z sekcyą neurologiczno-psychiatryczną warszawską. — Porządek dzienny obejmował odczyty, pokazy chorych ze szpitali: Kochanówka, Poznańskich, św. Aleksandra, Czerwonego krzyża i chorych z miasta, następnie pokazy preparatów makro- i mikroskopowych. Naogół posiedzenia sekcyi cieszyły się frekwencyą dość dużą i odwiedzane były przez kolegów z innych specyalności.

Medycyna publiczna. Higiena.

O zwalczaniu chorób zakaźnych według nowej ustawy z 14. IV. 1913 dpp. Nr. 67.

podał

Dr Adolf Kuhn

c. k. krajowy inspektor sanitarny.

(Referat na Walnem Zgromadzeniu Związku lekarzy rządowych w Galicyi w d. 16. II. 1914).

Ustawa o zapobieganiu chorobom zaraźliwym i zwalczaniu ich z 14. IV. 1913 wprowadza znaczne zmiany w naszem postępowaniu przeciw chorobom zakaźnym.

Przedewszystkiem nastaje wreszcie stan prawny tam, gdzieśmy dotychczas musieli pomagać sobie niejako prawem zwyczajowem, możemy oprzeć się o prawo i przeprowadzać potrzebne zarządzenia, nawet w drodze przymusowej, tam, gdzieśmy dotychczas byli zdani na dobrą wolę osób, nie zdających sobie zazwyczaj sprawy z naszych zamierzeń. Olbrzymim niewątpliwie jest postępem eliminowanie zupełne pojęcia »epidemii«; wyraz ten w ustawie nie jest wymieniony ani razu. Zarządzenia więc stosować będziemy przeciw każdemu przypadkowi choroby zakaźnej i nie będziemy czekać na »epidemię«. Wprawdzie w ostatnich latach przed ustawą już tak postępowaliśmy, ale zawsze jeszcze niejeden z nas musiał walczyć ze staremi pojęciami pod tym względem.

Ustawę więc powitaliśmy z wielkiem zadowoleniem.

Podnoszono z wielu stron, że pominięto w niej niesłychanie ważne sprawy, jak asanacya miejscowości i szczepienie ochronne od ospy, które przecie należą »par excellence« do środków zapobiegających chorobom zakaźnym, że nie zaliczono do chorób, podlegających ustawie, gruźlicy i kiły przynajmniej w ograniczonym zakresie. Zale te znane są kolegom i dlatego o nich nie będę się rozwodzić.

Chcę natomiast zwrócić uwagę głównie na te postanowienia ustawy, które znacznie odbiegają od ustalonych u nas norm postępowania, a może w niektórych razach nie na korzyść sprawy. Z tego założenia wychodząc, nie mogę pominąć wątpliwości, które nasuwają się przy studyowaniu ustawy, może nawet pewnych braków ustawy.

Oczywiście uczynię to nie w tym celu, aby wysnuć wniosek, że ustawa ma być zmieniona, ale po pierwsze dlatego, że niektóre postanowienia ustawy mogą być zmodyfikowane, względnie wyjaśnione w rozporządzeniu wykonawczem, co nawet Namiestnictwo już zainicyowało; powtóre dlatego, że dyskusya, która się zapewnie rozwinie, niejedną prawdopodobnie wątpliwość rozproszy.

Część I. Wyśledzenie choroby (§ 1—§ 5).

§ 1. Wedle § 1. obowiązkowi donoszenia podlega 17 chorób zaraźliwych i do tych tylko na razie odnoszą się postanowienia ustawy. Dla krótkości te choroby nazywać będę chorobami zakaźnemi. W § 2. powiedziano, że także o podejrzeniu tych chorób (z wyjątkiem gorączki połogowej) należy uczynić doniesienie. Nowo wprowadzono obowiązek donoszenia co do trądu i żółtej febry, rzecz, która dla nas ma małe znaczenie. Natomiast ważniejsze dla nas, że wyłączono odrę, krztusiec, grypę i ospę wietrzną. Nie wchodząc w motywa, dla których to uczyniono, należy podnieść, że dla zapobieżenia epidemiom ospy prawdziwej lub duru plamistego, sygnalizowanym przez wójta, jako ospa wietrzna wzgl. grypa, będziemy musieli często takie doniesienia wójta uważać za podejrzenie co do ospy prawdziwej wzgl. duru plamistego. Oczywiście, jeżeli doniesienie takie pochodzić będzie od lekarza, wzgl. szpitala, nie będziemy mieć podstawy do czynienia zarządzeń na zasadzie ustawy.

Doświadczenie ostatnich miesięcy pouczyło nas w departamencie sanitarnym Namiestnictwa, że także na doniesienia o odrze, wzgl. krztuścu musimy niekiedy interweniować, oczywiście nie na podstawie ustawy, ale na podstawie dawniejszych przepisów, jak to przewiduje § 48 ustawy.

Zdaje się zresztą nie ulegać wątpliwości, że na podstawie państwowej ustawy sanitarnej z r. 1870 władze mogą stosować środki zaradcze przeciw wszelkim chorobom zaraźliwym, jeżeli istnieje niebezpieczeństwo rozszerzenia się ich, bez względu na to, czy one podlegają obowiązkowi doniesienia, czy też nie. Szczególniej w szkołach, internatach, u przemysłowców, manipulujących ze środkami żywności, w zdrojowiskach i uzdrowiskach będziemy nieraz zmuszeni wydawać zarządzenia takie przeciw chorobom, nie objętym ustawą o chorobach zakaźnych, (n. p. przeciw odrze, krztuścowi, kile, gruźlicy). Dodać tu należy, że wedle reskryptu Minist. spraw wewn. z 24. XII. 1913, l. 26.259 z powodu chorób nie podlegających obowiązkowi donoszenia, jak grypa, krztusiec, odra, ospa wietrzna i świerzb, mogą być przyznawane koszta tylko wyjątkowo (okólnik Nam. z 16. I. 1914, l. VII, b. 2744/10).

W razach wątpliwych można zasięgnąć wskazówek w Namiestnictwie telegraficznie lub telefonicznie.

W ustępie końcowym § 1. postanowiono, że w drodze rozporządzenia co do chorób, niewymienionych w § 1, w pewnych razach może być zarządzony obowiązek donoszenia (oczywiście wraz ze wszystkiemi konsekwencyami, wynikającemi z dalszych §§ ustawy). Ministerstwo spraw wewn. pouczyło reskryptem z 26. VI. 1913, l. 3659 S., że do wydania takich rozporządzeń jest uprawnione Namiestnictwo. Nie ulega wątpliwości, że Starostwa w danych razach mogą i powinny czynić wnioski.

Z chorób, wymienionych w § 1, traktuje ustawa jako najgroźniejsze cztery choroby: dur plamisty, ospę, cholerę i dżumę; również jako groźne płonicę i błonicę. Uderza, a jak mi się zdaje, dla naszego kraju jest nieodpowiednie, że dur brzuszny jest traktowany dość łagodnie, natomiast jaglicę traktuje ustawa bardzo poważnie.

§ 2. Doniesienie ma być uskutecznione o każdym przypadku zasłabnięcia na chorobę, podlegającą obowiązkowi doniesienia i o każdym przypadku śmierci z takiej choroby, tudzież o każdym przypadku podejrzenia takiego zachorowania wzgl. takiej śmierci. Doniesienie ma być skierowane do naczelnika gminy, wzgl. przełożonego obszaru dworskiego. W drodze rozporządzenia może być zarządzone, aby o zachorowaniach ucznia, nauczyciela lub sługi szkolnego donoszono także kierownictwu szkoły. Jak Ministerstwo spraw wewn. wyjaśnia reskryptem z d. 26. VI. 1913, l. 3569, obowiązek doniesienia ze strony osoby niefachowej zachodzi wtenczas, jeżeli osoba ta wiedziała, że zachodzi przypadek choroby zakaźnej, lub jeżeli z widocznych objawów mogła przypuszczać chorobę zakaźną lub jej podejrzenie (n. p. wysypka krostowa w czasie epidemii ospy lub powszechnie znane objawy cholery w czasie panowania tej choroby). Dla lekarza zachodzi obowiązek doniesienia, jeżeli na mocy swojego fachowego wykształcenia powinien był rozpoznać chorobę zakaźną lub jej podejrzenie. Co do formy doniesienia ma być wydane rozporządzenie.

§ 3. Wymieniono tu te osoby, które są obowiązane czynić doniesienia do zwierzchności gminnej, wzgl. do przełożeństwa obszarów dworskich. Bezwarunkowo są obowiązani lekarz ordynujący, w szpitalach zaś, domach porodowych i zakładach humanitarnych kierownik zakładu lub naczelnik oddziału, tudzież oglądacz zwłok. Osoby wymienione w punktach 2—8 tego § są warunkowo obowiązane do doniesienia, t. j. tylko wtedy, jeżeli osób wymienionych, w punktach poprzedzających 1—7, nie było i, jak dodaje Ministerstwo spraw wewn., gdy już przed wezwaniem lekarza wiadomy był charakter zakaźny przypadku. W przypadkach wąglika, nosacizny i wścieklizny mają czynić doniesienia także weterynarze, jeżeli dowiedzą się o zarażeniu się człowieka lub o podejrzeniu tego. O podejrzeniu co do gorączki połogowej donosić nie należy, jedynie o przypadkach sprawdzonej choroby, obowiązek więc dotyczy tylko lekarza, ewentualnie akuszerki. Pewne wątpliwości budzi obowiązek donoszenia właściciela domu, gdyż trzeba się obawiać zbytniej gorliwości tych osób.

Do kar za zaniedbanie doniesienia odnosi się § 39. Powiedziano tam, że nie będzie karane takie zaniedbanie ze strony osób obowiązanych w pierwszym rzędzie do doniesienia, jeżeli pomimo tego zaniedbania doniesienie wpłynęło w należytym czasie, oczywiście ze strony, wymienionej w § 3 później w szeregu obowiązanych, a, jak sądzę, nawet wcale nie wymienionej. Zdaje się więc, że także na doniesienia osób nieobowiązanych (n. p. żandarmów, sąsiadów) władza będzie zarządzać dochodzenia, przypuszczam jednak, że w niektórych przypadkach doniesienia takie przed wdrożeniem postępowania przepisanego ustawą będą przesłane zwierzchnościom gminnym do sprawozdania.

Wobec postanowień § 3 wydanie popularnych a dobrych pouczeń o rozpoznawaniu chorób zakaźnych jest koniecznością.

§ 4. O każdem doniesieniu ma naczelnik gminy, wzgl. przełożeństwo obsz. dworskiego zawiadomić natychmiast starostwo, wzgl. magistrat w miastach z własnym statutem. Władza ma prawo zarządzić, aby dalsze doniesienia przedkładano peryodycznie.

Szkoda, że nie postanowiono, iż starostwo każde doniesienie ma udzielić lekarzowi urzędowemu.

Prócz powyższego doniesienia o każdym pierwszym przypadku płonicy, błonicy, duru plam., ospy, cholery azyat., dżumy lub jaglicy, naczelnik gminy, wzgl. przełożony obsz. dworskiego, tudzież lekarz ordynujący, kierownik szpitala, domu porodowego lub zakładu humanitarnego, wzgl. naczelnik oddziału, ma uczynić doniesienie telegraficznie, telefonicznie lub przez umyślnego posłańca do starostwa, w miastach zaś z własnym statutem do Namiestnictwa. Wyliczono tu 6 groźniejszych chorób zakaźnych, nadto także jaglicę; tę, być może, na żądanie władz wojskowych.

W wielkich miastach, jak n. p. Lwów, Kraków, trudno będzie o sygnalizowanie pierwszych przypadków n. p. płonicy i błonicy, gdyż choroby te stale tutaj występują. Koszta tych osobnych doniesień ponosi państwo.

§ 5. przepisuje dochodzenia przez lekarzy urzędowych celem stwierdzenia rozpoznania choroby. Przewidziane są zakłady do badań rozpoznawczych, które utrzymywane będą kosztem państwa, nadto sekcye policyjno-sanitarne. Przy obradach w Izbie Panów wyrażano życzenia, aby stworzono większą ilość prosektur i stacyi bakteryologicznych, stacye te szczególniej na granicznych stacyach wchodowych. Być może, że w tym kierunku bliższe postanowienia zawierać będzie rozporządzenie wykonawcze.

Wedle § 43. ustawy (i reskryptu Min. spraw wewn. z d. 26. VI. 1913, L. 3659 s.) dochodzenia po myśli ustępu pierwszego § 5. w pierwszym rzędzie ma wykonywać zwierzchność gminna w poruczonym zakresie działania, inne dalej idące zarządzenia, przewidziane w ustawie, mają wydawać władze polityczne, jednakże wyjątkowo czynności przypadające gminie mogą być dokonane przez organa państwowe. (C. d. n.).

II. Zjazd lekarzy prowincyonalnych w Lublinie.

Komitet organizacyjny II Zjazdu lekarzy prowincyonalnych w Lublinie rozesłał odezwę następującej treści:

W dniu 31. maja i 1. czerwca r. b. (Zielone Świątki) odbędzie się w Lublinie II. Zjazd lekarzy prowincyonalnych Królestwa polskiego.

Pozbawieni pomocy, jaką gdzieindziej dają wyższe uczelnie i instytucye naukowe, we własnej tylko inicyatywie, zrzeszaniu się, skupianiu sił i wymianie myśli znaleść możemy podnietę do doskonalenia się i uzupełniania swej wiedzy oraz należytego spełniania obowiązków swych względem kraju i społeczeństwa. Liczny i gorący udział lekarzy w I. Zjeździe w Łodzi, ilość i po-

waga wygłoszonych na nim odczytów, dowiodły najlepiej, że ogół lekarzy zdaje sobie sprawę ze znaczenia zjazdów i wpływu, jaki one wywrzeć mogą na podniesienie poziomu wiedzy wśród lekarzy prowincyonalnych. Żywimy przeto nadzieję, że i II. Zjazd skupi w Lublinie w imię wspólnej pracy liczne grono Kolegów i stanie się nowem promieniotwórczem ogniskiem naszej wiedzy. Uwzględniając przedewszystkiem to, co dla lekarza praktyka największe ma znaczenie, Komitet organizacyjny w wyborze głównego tematu Zjazdu kierował się pragnieniem wyjaśnienia nader ważnej dla każdego lekarza-praktyka sprawy rozpoznawania szeregu stanów gorączkowych o ukrytem pochodzeniu, które obecnie dzięki postępom nauk lekarskich i zastosowaniu ścisłych metod badania straciły już »ukryty« charakter i mogą być leczone przyczynowo.

Postępy w rozpoznawaniu i leczeniu spraw gorączkowych o pochodzeniu ukrytem (t. zw. kryptogenetycznych) obrano zatem jako temat główny Zjazdu z zakresu medycyny praktycznej. Wstęp i ogólny zarys tego tematu przedstawi Dr Władysław Biegański (z Częstochowy); część kliniczna zaś opracowana będzie, jak następuje: 1) Dr Seweryn Sterling (Łódź): »Kiedy wolno uważać gorączkę za objaw skrytej gruźlicy płuc?«. 2) Dr Rozenfeld (Częstochowa): »Przewlekłe stany gorączkowe pochodzenia gruczołowego i migdałkowego«. 3) Dr Watten (Łódź): »Stany zapalne wyrostka robaczkowego, dróg żółciowych i trzustki«. 4) Dr Rogoziński (Lublin): »Zakażenia dróg moczowych«. 5) Dr Czerwiński (Lublin): »Cierpienia narządów rodnych kobiecych«.

Poza tym tematem głównym Komitet uważa za nader pożądane prace i przyczynki z zakresu serodyagnostyki, sero- i wakcynoterapii, wskazania do leczenia klimatycznego z uwzględnieniem szczególnem zdrojowisk polskich, leczenie dyetetyczne i przyrodolecznictwo.

Z dziedziny społeczno-lekarskiej obrał Komitet temat: **O zadaniach społecznych lekarza prowincyonalnego w naszych warunkach**; temat ten przyrzekł opracować Dr Adam Jarosiński ze Sterdyni; nadto poruszone będą żywotne sprawy uzupełnienia braków wykształcenia lekarzy prowincyonalnych, organizacyi wzajemnych ubezpieczeń lekarzy, wpływu lekarza na fizyczne wychowanie młodzieży i t. p., projektowane jest także opracowanie kodeksu deontologii lekarskiej.

Przytaczając tematy powyższe, jako pożądane, Komitet ma na celu zogniskowanie obrad Zjazdu na sprawach najbardziej żywotnych, niezależnie wszakże od tego Komitet zaprasza Kolegów do wzięcia czynnego udziału w Zjeździe przez opracowanie dowolnego tematu, każda bowiem praca przyczyni się niezawodnie do rozszerzenia wiedzy lekarskiej lub rzuci promień światła na stanowisko i działalność społeczną lekarza.

Przewodniczący w Komitecie: Stanisław Dobrucki.

Sekretarz: Wacław Jasiński.

Zjazd trwać będzie 2 dni: 31. maja i 1. czerwca czerwca 1914 r. Posiedzeń będzie cztery, po dwa dziennie; od 9. rano do 1. i od 3. do 7. wieczorem. W przeddzień Zjazdu, w sobotę, odbędzie się o godzinie 7 wieczorem posiedzenie uroczyste Towarzystwa lekarskiego lubelskiego.

Członkiem Zjazdu może być każdy lekarz w Królestwie Polskiem zamieszkały. Życzący sobie wziąć udział w Zjeździe, zgłoszenia swe kierują bądź do podkomitetów organizacyjnych, bądź też wprost do skarbnika Zjazdu (Dr J. Kiełczewski, Lublin, Szpitalna 5). Każdy członek Zjazdu płaci składki rb. 10, osoba towarzysząca płaci rubli 3. Każdy członek Zjazdu powinien wcześniej zamówić sobie mieszkanie, zwracając się do Komitetu gospodarczego (Dr A. Brzeziński, Lublin, Krakowskie-Przedmieście 49).

Życzący sobie wygłosić odczyt na posiedzeniach Zjazdu, tematy zgłaszać zechcą przed dniem 1. kwietnia 1914 roku do sekretarza Zjazdu (Dr W. Jasiński, Lublin, Krakowskie-Przedmieście 46). Prelegenci muszą przed 1. kwietnia nadesłać również na ręce sekretarza Zjazdu krótkie streszczenie swych odczytów (dla przesłania władzy na miesiąc przed otwarciem Zjazdu). Odczyt nie może trwać dłużej nad minut dwadzieścia, w dyskusyi przemawiać wolno nie dłużej nad minut 5, przy powtórnem zabraniu głosu — minut trzy.

Każdy członek Zjazdu otrzyma pamiętnik Zjazdu. Podczas Zjazdu odbędzie się pokaz narzędzi i aparatów lekarskich oraz preparatów farmaceutycznych. Biuro Zjazdu czynne będzie dnia





30. i 31. maja oraz 1. czerwca od 9. rano do 7. wieczorem w gmachu Resursy kupieckiej (ulica Kapucyńska).

Podkomitety organizacyjne z ramienia Towarzystw lekarskich: 1) w Częstochowie: Wł. Biegański, K. Rozenfeld (Częstochowa), J. Brzeziński (Zawiercie); 2) w Kaliszu: A. Dreszer, B. Koszutski, F. Krzymuski; 3) w Kielcach: K. Kosieradzki, J. Lewinson, Buszkowski; 4) w Łodzi: J. Michalski, S. Sterling, A. Tomaszewski; 5) w Piotrkowie: St. Rechniowski, A. Sobański, J. Wnorowski; 6) w Płocku: Wł. Kosmaciński, J. Kunig, A. Zaleski; 7) w Radomiu: J. Pełczyński, Ch. Raszkes, A. Szczepaniak; 8) w Siedlcach: A. Jarosiński (Sterdyń), H. Ostrowski, E. Wiszniewski; 9) w Zagłębiu Dąbrowskiem: J. Dehnel (Będzin), J. Puterman (Sosnowiec), Sz. Starkiewicz (Dąbrowa).

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 5. III. b. r. posiedzenie, na którem przedstawili preparaty i przypadki chorobowe prof. Kader, Gliński, Dr Szymanowski i Bańkowski, Dr Hładij, a Dr Janiszewski miał wykład o nowych sposobach odosabniania chorych zakaźnych.

— W krakowskim szpitalu Braci miłosierdzia (Bonifratrów) leczono w r. 1913 ogółem 1821 chorych przez 35608 dni (średnio przebywał jeden chory 19·5 dni). W szpitalu wykonano 972 operacyi. W ambulatoryum udzielono 34211 porad. Pracowało w szpitalu 7 lekarzy, mianowicie prof. Bossowski, jako konsulent, prof. Krzyształowicz, Dr Frączkiewicz i Dr Rzegociński jako prymaryusze, doc. Radliński jako operator i kierownik oddziału chirurgicznego, Dr Motyka i Dr Kwiatkowski, jako sekundaryusze. Całą instytucyą zarządza przeor konwentu, Fr. Kyovsky.

— Dyplom doktorski uzyskał p. Adolf Stanoch z Bierczy w Galicyi.

— Lwowskie Koło Towarzystwa walki z gruźlicą wniosło do Sejmu petycyę o subwencyę na budowę szpitala dla chorych na gruźlicę. Szpital na 100 łóżek, kosztem koron 485.000 i pawilonów przenośnych, kosztem koron 301.000, stanąłby na gruncie darowanym przez miasto Lwów, obok gotowych już pawilonów zakaźnych, a Towarzystwo walki z gruźlicą podejmie budowę, o ile rząd udzieli subwencyę na pokrycie części kosztów budowy i o ile Sejm uchwali stałą subwencyę na szereg lat na spłatę mającej się zaciągnąć pożyczki.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 15. II. do 21. II. 1914 zgłoszono przypadków: błonicy 2 † — (obcych 1 † —), krztuśca — † 1 (— † —), ospy wietrznej 1 † — (— † —), płonicy 14 † 1 (2 † —), odry 6 † — (— † —), duru brzusznego — † — (1 † —), zapalenia opon m. 1 † —, róży 1 † —.

Dr Janiszewski.

Warszawa. Dr Jan Bączkiewicz, wiceprezes Towarzystwa higienicznego, ofiarował Towarzystwu 3000 rb. na urządzenie pracowni higienicznej w nowym gmachu, oraz 200 rb. na nagrodę konkursową za pracę z dziedziny higieny dzieci.

Ruch chorych zakaźnych w szpitalu im. Karola i Maryi dla dzieci w Warszawie. Od 8. II. do 21. II. r. b. przyjęto do szpitala przypadków: płonicy 5 † —, błonicy 3 † —, duru brzusznego 1 † —, zapalenia gruźliczego opon mózgowych 3. W tymże czasie zgłosiło się do ambulatoryum przypadków: odry 2, krztuśca 4, ospy wietrznej 2, ospy naturalnej 1. Dr Łyskawiński.

Łódź. Bezczynność zarządu miejskiego w sprawie walki z ospą zmusza Towarzystwo lekarskie łódzkie do uciekania się do wszelkich sposobów, mających na celu pobudzenie ludności Łodzi do zabezpieczenia siebie i swoich przed straszną chorobą. Jednym z takich środków jest następująca odezwa, która została rozesłana do akuszerek w Łodzi: »Jedna z najstraszniejszych niegdyś plag rodzaju ludzkiego, ospa, która przed laty tyle zabierała ofiar, dzięki odkryciu dobroczyńcy ludzkości, lekarza angielskiego, Jennera, przestała być groźną na świecie całym; wyjątek stanowi Łódź, gdzie choroba ta po dawnemu trapi dziatwę, a nawet dorosłych, szczególnie z pośród mniej dbałej o swe zdrowie ludności uboższej naszego miasta. W Łodzi umiera corocznie od paru do kilku, a nawet kilkunastu setek osób na ospę, zapada zaś na tę straszną chorobę od półtora do 10—12 tysięcy, jak to było w r. 1911, kiedy na ospę umarło w Łodzi 1308 osób. Tymczasem od każdego z nas zależy, byśmy zarówno siebie samych, jak najbliższych naszych zabezpieczyli od tego strasznego niebezpieczeństwa, jakiem jest zapadnięcie na ospę. W tym celu wystarczy poddać siebie i swoich szczepieniu ochronnemu. Zapobiega ono w większości przypadków zachorowaniu na ospę, a ponawiane trzykrotnie co lat siedem, jest w stanie zabezpieczyć bezwzględnie człowieka od śmierci wskutek ospy. Powyższe wyjaśnienia zechcą Panie zużytkować w celu przekonania rodzin noworodków o ważności szczepienia ospy ochronnej. Przytoczyliśmy je, chcąc przypomnieć Paniom i zwrócić ich uwagę na obowiązek zawodowy, ciążący na nich i polegający na uświadamianiu rodziców niemowląt o znaczeniu i wpływie dodatnim szczepień ochronnych, które można i należy wykonywać u dzieci już w 6—8 tygodniach ich życia. Na Was, PP. Akuszerki, ciąży obowiązek, od którego nie powinnyście się uchylać, przekonywania rodziców, a przedewszystkiem matek, że maj nie jest jedynym miesiącem w roku, przeznaczonym do szczepienia ospy, że szczepić można i należy rok cały, bo ospa, szczególniej w Łodzi, rok cały panuje, rok cały ludzie na ospę zapadają, rok cały umierają! Akuszerki winny wytłómaczyć każdej matce, że dziecko, któremu ospa przyjęła się należycie, rzadko bardzo zapada na tę chorobę w ciągu pierwszych lat 6—7, oraz że nie było jeszcze wypadku, by dziecko takie w tym okresie czasu umarło na ospę. Ponowne szczepienia, dokonywane dwukrotnie co lat siedem, zabezpieczają na życie całe; tem się tłómaczy fakt, że ospa stanowi taką rzadkość w Niemczech, gdzie istnieje przymusowe szczepienie ospy ochronnej. Ospę szczepią bezpłatnie w kancelaryach cyrkułów policyjnych, w ambulatoryach: chrześcijańskiego Tow. dobroczynności, szpitala Poznańskich, szpitala Anny Maryi dla dzieci, na Bałutach; za wynagrodzeniem szczepią w lecznicach, szczepią lekarze, felczerzy, akuszerki. Szczepienie nie jest i nie może być niebezpieczne dla nikogo, zaniebanie szczepienia naraża na wielkie niebezpieczeństwo zarówno samego nieszczepionego, jak i jego otoczenie. O wszystkiem tem niech Panie objaśniają rodziców noworodków dla zdrowia i dobra mieszkańców Łodzi i całego kraju, ospa bowiem przez otoczenie każdego chorego może być rozniesiona po okolicy«.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 16. II. do 2. III. 1914. przypadków: ospy 2 † 1, płonicy 10 † 1, róży 1 † —. Dr Trenkner.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 11. marca 1914 w domu Towarzystwa (Radziwiłłowska 4). o godz. 6 wieczorem.** Na porządku dziennym wykład Dr Spiry: O niemocy słuchowej.

Posiedzenie Oddziału jarosławskiego Towarzystwa lekarzy galicyjskich odbędzie się **d. 9. marca 1914 o g. 6 wieczór** w szpitalu powszechnym w Jarosławiu. Porządek dzienny: 1) Demonstracya chorych. 2) Niedomogi i braki w ustawie o tłumieniu chorób zaraźliwych szczególniej z uwzględnieniem naszego kraju, kolega Dr Czyżewicz. 3) Wnioski członków. 4) Wybory.

Dr Orłowski, sekretarz. Dr Fechter, zast. przew.

Szczawa
Krondorfska
uznana za
najlepszą i naturalną
Najlepsze skutki w nieżytach żołądka i pęcherza, jakoteż dróg oddechowych. 305
Prospekty rozsyła na żądanie Brunnen-Unternehmung Krondorf bei Karlsbad lub też Generalna reprezentacya dla Galicyi i Bukowiny, Kraków, Grodzka 48. Lwów, Sykstuska 31.

NATURALNA SÓL SZPRUDLA
jest jedynie prawdziwą solą KARLSBADU
Zastrzega się przed falsyfikatami
147

DR. ST. BENEDYKT KWIATKOWSKI 282
B. I. Asystent Kliniki chorób wewnętrznych U. J. ordynuje **w Meranie** (Haus Venosta) do **końca kwietnia** od **maja** zaś **w Maryenbadzie** (Haus Hamburg).

OVO-LÉCITHINE BILLON

JEST ŚRODKIEM, KTORY PODNIECA OGÓLNIE ŻYWIENIE I ZNAJDUJE ZASTOSOWANIE *Przeciw* NEURASTENII, PRZEPRACOWANIU SIĘ, LYMPHATYZMOWI, RACHITIS, CHLOROZIE (BLEDNICY) I ANEMII WSZELKIEGO RODZAJU, RÓWNIEŻ W CZASIE REKONWALESCENCYI, I T. P.

Na żądanie cenniki literatura i próbki.

DRAGÉES	GRANULE	WEFLASZECZKACH
po 0·5 g 6 razy dziennie	po 1·0 g na łyżeczkę kawowa 3 razy na dzień	po 0·5 g na cc. raz na dwa dni.

LES ETABLISSEMENTS POULENC FRÈRES, PARIS
Główne zastępstwo na Austro-Węgry
M. KRIS. Wien, I., Stefansplatz, 8.

Apteka pod „Aniołem“

Kraków-Półwsie.

Pilulae Eucalyptoli comp. fabr. Banke.

Stosowane z bardzo korzystnym wynikiem w przypadkach chorób dróg oddechowych. Zastępują w zupełności wszelkie dotychczasowe przetwory kreozotowe. Słoik oryg. zawiera 200 pigułek otoczonych czekoladą.

Ung. Amidoazotoluoli Banke

działającego składnika czerwieni szkarłatnej celem przyspieszenia ziarninowania i pokrywania się rany przyskórkiem. — W tubach i słoikach oryginalnych.

Własnego wyrobu:

wszelkie wyjałowione wstrzykiwania podskórne w ampułkach ze szkła jenejskiego. 240

Ung. hydrargyri oxydati flavi pultiforme „Banke“ sec. Dr Schweissinger.

TRAN JODOWO ŻELAZISTY

Zawiera równie jak tran Lahussena 100 gr. tranu 0·20 jodku żelaza. **Przetwór ten leczniczy sporządzono na najlepszym tłanie Meyera jest przeto smaczny i nie psuje żołądka.**

Tran jodowo-żelazisty Wiszniewskiego może być z dobrym skutkiem zalecany w chorobach płuc, zołzach, niedokrewności i t. p. **Sposób użycia;** Dzieciom daje się 1—2—3 razy dziennie po łyżeczce po jedzeniu. — Dorosłym 1—3 łyżek dziennie. 221

Cena flaszki 1 K 20 hal. — Wyrób własny i skład główny w aptece

K. WISZNIEWSKIEGO w Krakowie.

We Lwowie na składzie w aptece PIOTRA MIKOLASCHA.

PRZETWORY MLECZNE

»Laktol« mleko kwaśne według met. Prof. Miecznikowa.
»Yoghurt« mleko kwaśne bułgarskie.
Kefir hygieniczny.
Mleko wielokrotne podwójne i potrójne wdług. sposobu Prof. W. Jaworskiego.
Mieszanki dla niemowląt we flaszkach odpowiednio do wieku niemowlęcia.
Eiweissmilch (mleko białkowe) wdług. Prof. Finkelsteina.
Mleko pełne do picia w stanie surowym (krowy każdego roku szczepione). 218

Kraków, Karmelicka 15. **„LAKTOL“** Kraków, Karmelicka 15

UWAGA: Każdą bolę laktolu (mleko kwaśne) zaopatruje się w nalepkę hal. na fundusz lek. Dra Jordana.

ZŁOTY MEDAL LWÓW 1907 WYSTAWA PRZYRODNICZO-LEKARSKA DYPLOM HONOROWY

JODOCON	**Peptonum jodatum.** Przetwór jodowy, chemiczne połączenie jodu z peptonem (peptonum e carne). Połączenie to nie rozszczepia się w przewodzie pokarmowym, ale pozostaje w całości przez organizm wessane. Rozszczepienie następuje dopiero w tkankach, wskutek czego brak zaburzeń w narządzie trawienia. Zastosowanie wskazane w wypadkach, gdzie ustrój winien zostawać dłuższy czas pod działaniem jodu. Jodocon wprowadzono w handel w tabletkach, zawierających 0·05 jodu, posiadającego własności lecznicze 0·02 jodku potasowego. — Cena rurki z 20 tabletkami 3 K.
Ampułki wyjałowione Dr Wewiórski NEO-ALKARSODYL.	Alkarsodylum purum, alkarsodylum modificatum, alkarsodylum ferratum, novastesin (novocain c. adrenalin), następnie wstrzykiwania z arsacetin, atoxyl., atropin. sulf., chinin. kakodyl., cocain. muriat., coff. natr. benz., morphium etc. w pudełkach po 10 fiolek z napisem na każdej i z 1 pilniczkiem w każdem pudełku.
KOLA Granulés 2·50 K Tabletki 2·— „	Zastępuje w zupełności wyroby zagraniczne jak: Astier, Dallmann itd., a o połowę tańsze przy tej samej ilości.
ERGOTYNA Dra Wewiórskiego	Płyn wyjałowiony zawierający w 1 cm^3 składniki działające z 4 g. secale cornutum. Można używać wewnętrznie lub do wstrzykiwań podskórnych.

Przy ordynowaniu prosimy używać łaskawie stale formułki fabricationis »LAOKOON«

Próbki na żądanie darmo i opłacone 217 d

Fabryka chemiczna **Laokoon**
Lwów, ulica Lindego L. 6.

ZŁOTY MEDAL WIEDEŃ 1913 III. MIĘDZYNARODOWA WYSTAWA FARMACEUTYCZNA.

Leczenie raków

ELEKTROSELENIUM

Elektryczny koloidalny selen, koralowo czerwony w bardzo małych i jednostajnych ziarenkach w rozczynie jałowym, izotonicznym, stałym i dającym się wstrzykiwać.

Własności: elektroselenium przedstawia **czysty rozczyn** koloidalnego selenu. W przeciwieństwie do połączeń mineralnych selenu jest elektroselenium **nietrującym** środkiem. Wstrzyknięty zostaje częściowo wydzielony przez mocz a częściowo ustalony w różnych tkankach, m. i. także w nowotworach. Po wstrzyknięciu następuje odczyn leukocytowy z gorączką i dreszczem, który niekiedy może być bardzo gwałtowny.

Zastosowanie lecznicze: Elektroselenium używa się w leczeniu chorób rakowatych, przy rakach niedających się operować, lecz także przy rakach nadających się do operacyi przed operacyą lub po niej. Pod wpływem elektroselenium spostrzega się: **znikanie bólów, przybytek wagi i łaknienia, poprawę stanu ogólnego, powrót snu, cofnięcie się obrzęku gruczołów, wyschnięcie i zabliźnienie się owrzodzeń.** Stosowanie elektoselenium można połączyć z leczeniem fizykalnem.

Dawki i sposób stosowania: Elektroselenium sprzedaje się w ampułkach po 5 cm^3. Wstrzykuje się 5 cm^3 dziennie lub co drugi dzień. Dawkę można także niekiedy podwoić. Wstrzykiwanie **śródżylne** należy stawiać wyżej niż śródmięśniowe i podskórne.

Laboratoires Clin Comar & Cie, Paris.

Zastępstwo generalne na Austro-Węgry: Wien VI/1. Köstlergasse 1. Telefon 5355. 265 a

Rok LIII. Kraków, dnia 14 marca 1914 Nr 11.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

†

DR HENRYK DOBRZYCKI

Ze szczupłej już garstki wychowańców Szkoły Głównej ubywa znowu jeden, który był chlubą tej świetnej uczelni.

Urodzony 5. stycznia 1843 w Kaliszu, po ukończeniu tamże szkół średnich, zapisał się Henryk Dobrzycki w roku 1858 zrazu do Szkoły sztuk pięknych w Warszawie. Choroba oczu nie pozwoliła Mu jednak poświęcić się sztuce. Rozpoczyna więc Dobrzycki studya lekarskie w Akademii medyko-chirurgicznej, kontynuuje je w Szkole Głównej, kończy we Wrocławiu. Powróciwszy do kraju, obejmuje w r. 1866 kierownictwo szpitala w Mieni i tu zakłada pierwsze w Polsce uzdrowisko dla chorych piersiowych w r. 1879. Od r. 1884 kieruje zakładem leczniczym w Sławucie, jednając mu szeroki rozgłos i stawiając na wysokim poziomie.

Niezmiernie pracowity i ruchliwy piśmienniczo, pozostawił kilkadziesiąt prac z różnych zakresów medycyny i higieny. Należał do najlepszych znawców naszych zdrojowisk i uzdrowisk, które gorliwie piórem i czynem popierał, zwłaszcza od r. 1895, gdy został obrany przewodniczącym Wydziału zdrojowisk w Warszawskiem Towarzystwie higienicznem, wielkie na tem polu kładąc zasługi. Nie mniejszą gorliwość rozwijał w sprawach szpitalnictwa. Był dalej jednym z założycieli »Kliniki«, przekształconej później na »Medycynę«, złączoną w końcu z »Kroniką lekarską« i bardzo gorąco współdziałał w pracach redakcyjnych tych czasopism.

Współdziałał przy założeniu Kasy im. Mianowskiego, należał do członków warszawskiego Towarzystwa naukowego, chętnie też przykładał rękę do każdego dobrego dzieła, zmierzającego ku pożytkowi polskiej nauki i korzyści społeczeństwa.

Przyszłość narodu widząc w podniesieniu ludu, przez całe swe życie nad niem pracował. Już jako 17-letni młodzieniec ogłosił pierwszą pracę z tego zakresu, o higienie robotniczej, w ówczesnem »Zdrowiu«. Od tego czasu długiem pasmem ciągnie się Jego nieznużona działalność na polu higieny i oświaty ludowej, a wielostronność Jego pracy i inicyatywy jest zdumiewająca. Poczynając od elementarza dla ludu, który wydał w młodych latach, a który wówczas nader pochlebnie ocenił J. I. Kraszewski, a skończywszy na wykładach publicznych, w których okazał się znakomitym popularyzatorem, poświęcał Dobrzycki wiele czasu i trudu pracy w zakresie oświatowym. Jego zasługą też jest wysunięcie na należne stanowisko zagadnienia higieny ludowej na pierwszej wystawie higienicznej w Warszawie i nadanie tej sprawie dalszego kierunku.

Działalność lekarska, naukowa, piśmiennicza i społeczna nie wyczerpuje jeszcze wszystkich zasobów tej wyjątkowo bogato uposażonej natury. Dobrzycki był również wytwornym znawcą sztuki i położył wielkie zasługi w zakresie ruchu artystycznego. Zamiłowany muzyk, przyczynił się wielce do rozwoju warszawskiego Towarzystwa muzycznego, któremu kilkakrotnie przewodniczył i które w uznaniu zasług obrało Go swym członkiem honorowym. On to założył sekcyę Chopinowską i krzątał się około pomnika tego genialnego twórcy. Równie żywo zajmowały Go sztuki plastyczne i literatura piękna. Jego zasługą jest ocalenie spuścizny artystycznej po znakomitym Andriollim; On podał myśl adresu lekarzy polskich do Kraszewskiego. Wogóle i w tym zakresie nie brakło Jego myśli i czynu w żadnej ważniejszej sprawie.

Mnogie Jego zasługi obok wielkich zalet osobistych zjednały Mu wielkie poważanie i mir powszechny. Towarzystwo lekarskie warszawskie wybrało Go w r. 1891 swym wiceprezesem, inne Towarzystwa lekarskie, wśród nich krakowskie, mianowały Go swym członkiem honorowym, a w r. 1910 szerokie koła społeczeństwa serdecznie uczestniczyły w jubileuszu półwiekowej Jego działalności.

Długoletnią płodną dla społeczeństwa pracą zasłużył rzetelnie na pamięć i cześć potomnych. c.

Antropologia a medycyna.

napisał

Prof. Dr Talko-Hryncewicz.

(Wykład w Towarzystwie lekarskiem krakowskiem 21. I. 1914).

Antropologia jest jedną z najmłodszych w szeregu nauk przyrodniczych. Człowiek bowiem najprzód zaczął badać i studyować przyrodę i jej zjawiska, najpóźniej zaś siebie. Przyczyniły się do tego wierzenia religijne, według których człowiek nie jest zwierzęciem, lecz istotą stworzoną na obraz i podobieństwo boskie, panem ziemi, dla którego użytku świat został stworzony. W początku dziejów swych człowiek zaczyna studyować przyrodę, nie dla poznania jej, ale w celu ratowania zdrowia i przedłużenia swego istnienia. Lekarze więc od samego zarania cywilizacyi, w wiekach starożytnych i średniowieczu badali przyrodę, a lecznictwo łączono z jej znajomością. Oni to też położyli pierwsze fundamenty wiedzy o człowieku. Herodot, Hipokrates, Ctesias, studyują chorego człowieka, obok tego opisują rasy i narody, wykazują wpływ środowiska t. j. geograficznego położenia, klimatu, pożywienia, zajęcia i t. d. na wytworzenie fizycznych charakterów, na sprawy fizyologiczne i na patologiczne zmiany w człowieku. Hipokrates, wskazując na podobieństwo grup ludzkich, żyjących przy jednakich warunkach, był blizkim określenia rasy. Współcześnie z Hipokratesem występuje inny wielki przyrodnik, Arystoteles, ów geniusz, który w sprawie poznania człowieka na dwadzieścia wieków wyprzedził ludzkość. Znał on już główne cechy, odróżniające człowieka od zwierząt, znaczniejszą wagę mózgu odnośnie do wagi ciała, położenie serca na lewo, proporcye oddzielnych części ciała, nie mówiąc o wyższości duchowej człowieka, zdolności myślenia, rozważania i przyoblekania myśli tych w członkowaną mowę. Arystoteles w swem wiekopomnem dziele »Historya zwierząt« podaje tyle cennych uwag, trafnych i prawdziwych porównań, że i współczesna antropologia mogłaby z nich korzystać, jak n. p. gdy mówi o wzroście, o dziedziczności, stosunku części ciała w dzieciństwie, owłosieniu, czynnościach rozmnażania, o czaszkach i ich szwach i t. p. Ostatnim z wielkiej plejady starożytnych badaczy człowieka, żyjącym już po narodzeniu Chrystusa, a którego wiadomościami posiłkowała się ludzkość przez półtora tysiąca lat, był Galen, lekarz na dworze Marka Aureliusza. Poglądy jego wespół z dziełami Arystotelesa niepodzielnie panowały aż do XVI w., do czasów Andrzeja Vesalego, który dokonawszy licznych sekcyi na zwłokach ludzkich, obalił wiele błędnych twierdzeń Galena, (który, jak się okazało wykonywał sekcye nie na ciele ludzkiem, lecz na zwierzętach, a głównie małpach). Od czasów Vesalego wiadomości nasze o człowieku wciąż się zwiększają, występuje czały szereg badaczy, zoologów, anatomów i lekarzy, studyujących bądź człowieka, bądź porównujących go ze zwierzętami. Severinus, Volcher Coiter i Falopiusz kładą początek anatomii porównawczej, badają kości, zarodki kur, kościec płodu ludzkiego i dziecka w stosunku do dorosłego, czaszkę i jej rozwój. Znakomity chirurg, Ambroży Paré, porównuje szkielet człowieka ze zwierzęcym i ptasim, Bontius i Tulp opisują małpy, Lewenhoeck udoskonaleniem drobnowidu uprzystępnia pracę nad mikroskopową anatomią Malpighiemu i Swammerdamowi, a pierwsze próby Colombo, Cesalpini i Serveto pozwoliły zbadać obieg krwi Harveyowi i położyć tem podwaliny fizyologii. W wieku XVII medycyna jako wiedza fachowa oddziela się stopniowo od przyrodoznawstwa, może z pożytkiem dla wiedzy fachowej. za to ze szkodą dla wiedzy ogólnej przyrodniczo-filozoficznej. Wiek XVIII ma ogromne znaczenie dla rozwoju antropologii. Rozpoczyna go tak kapitalne dzieło z dziedziny historyi naturalnej człowieka, jak Tisona »Orangutan sive homo silvestris« (1699 r). Jest to porównawcze zestawienie małpiatek i małpoludów z człowiekiem. Drugiem dziełem, które silne wywołało wrażenie, było dzieło Buffona »Historya naturalna człowieka« (1707), opisująca całą drogę, jaką dotąd nauka o człowieku przebyła.

Nagromadzające się wciąż opisy nowych zwierząt i roślin stwierdzają tysiące ich odmian i pobudzają badaczy do ich usystematyzowania. Najprzedniejszą jest klasyfikacya lekarza Upsalskiego, Karola Lineusza (1707—1778), która przeżyła wszystkie inne. Klasyfikacya ta obok jego nieśmiertelnego dzieła »Systema naturae« oddała niezapomniane usługi wiedzy. Bez tej klasyfikacyi straszny zastój groziłby historyi naturalnej od nadmiaru bez systemu nagromadzonych materyałów, gdyż według Izydora Geoffroy Saint-Hilaire gatunków naliczono już wówczas setkami tysięcy. Linneusz, wprowadzając do swej klasyfikacyi człowieka, tem samem przyjął ideę Arystotelesa i Galena i utworzył podwalinę do wszystkich klasyfikacyi późniejszych.

Początek XIX w. daje cały szereg gwiazd pierwszorzędnych w zakresie badań przyrody. Szkoła Linneusza wydaje Blumenbacha i Cuviera. Zwraca ona główną uwagę na narządy i osobniki, określenie gatunków i ich klasyfikacyę i dlatego zwą ją szkołą morfologów, dla odróżnienia od szkoły Buffona, która znalazła zwolenników w Niemczech, Anglii i Francyi pod mianem szkoły filozoficznej. Ta szkoła »filozoficzna« zrodziła Lamarcka, Goetnego, Geoffroy-Saint-Hilairea i Darwina. Szkoła ta rozpatrywała narządy i ich czynności, warunki zewnętrzne istnienia, stosunki pomiędzy żyjącemi jestestwami, klasyfikując je, odszukując ogólną harmonię w naturze i jej przyczyny pośrednie i bezpośrednie. Buffon oprócz prac, poświęconych czworonożnym i ptakom, napisał nieśmiertelne dzieło, odnoszące się do człowieka. »Theorie de la terre et l'homme«. Kiedy ściśli systematycy odmówili temu dziełu wszelkiego znaczenia, większość z Camperem i Goethem na czele zaliczyła Buffona do największych przyrodników czasów nowożytnych. Buffon w dziele swem wyraził tezę o tworzeniu się ziemi i poglądy co do: 1) gatunku i jego odmian 2) systematyczności w naturze wogóle, a w szczególności w królestwie zwierzęcem, 3) klasyfikacyi i nomenklatury, 4) stosunku człowieka do zwierząt i 5) ras ludzkich. Brak czasu nie pozwala mi dłużej zatrzymywać się nad poglądami Buffona, które są zasadniczemi w antropologii, jak określenie gatunku, rasy, płodności, dziedziczności i trwałości gatunku. Buffon wypowiedział pierwszy to, co następnie stwierdził Lamarck, że kształty zwierząt są zmienne, a ich ustrój mniej stały niż u ludzi i może się z czasem nawet zupełnie przekształcić, a gatunki bardziej wątłe, mniej czynne i słabszego ustroju z czasem wyginąć. Co do transformacyi gatunków, doboru naturalnego i walki o byt, Buffon jest

poprzednikiem nietylko Lamarcka, lecz i Darwina. Genialny umysł Buffona odczuwał potrzebę badania wykopaliskowych kości i ras wyginionych, zalecał porównywać je z dziś żyjącemi, lecz dla wypełnienia tych szerokich planów nie starczyło mu życia. Buffon odrzucał sztuczną klasyfikacyę ras i ustanawianie pomiędzy niemi ścisłych granic. Dziś ta myśl pozyskuje coraz więcej zwolenników i w miarę zwiększania się wiadomości antropologicznych z początkowych pięciu ras ludzkich, określonych przez Blumenbacha, liczba ich dochodzi do kilkudziesięciu i jest na drodze do jeszcze większego rozdrobnienia, t. j. że, idąc za Hipokratesem i Buffonem, opisujemy nie oddzielne rasy, lecz ludy. Twórcą w dziedzinie kraniologii jest Blumenbach. Pomimo rozszerzających się badań antropologicznych w drugiej połowie XVIII i w pierwszej XIX w. brakowało jednak nici przewodniej odpowiednich metod i instrukcyi, a pierwsze towarzystwa, założone w Londynie i Paryżu w celu badania człowieka, mają mętne i nieokreślone programy. Pierwszym, który ujął rozrzucone wiadomości antropologiczne w ścisłą i systematyczną wiedzę współczesną, zakreślił jej szerokie koło badań, był znakomity chirurg francuski prof. Paweł Broca. Pomimo obszernej praktyki lekarskiej i zajęć klinicznych, czas wolny poświęca on na stworzenie wielkiego dzieła i zapoczątkowanie oddzielnej nauki o człowieku. Organizuje on w r. 1859 Towarzystwo antropologiczne w Paryżu, a przy niem szkołę antropologiczną, w której sam wykłada; przy starem Dupuytrenowskiem muzeum patologicznem urządza pracownię antropologiczną i stąd wychodzą jego liczne prace, w których rozwiązuje on najprzedniejsze zagadnienia, odnoszące się do człowieka. Niema bodaj tematu, w którymby głosu nie zabierał ten wyjątkowego umysłu i energii człowiek, czy to w sprawie ras, w sprawie dziedziczności, czy też co do rozwoju człowieka, co do ras przedhistorycznych, porównawczych studyów, odnoszących się do człowieka i małp człekokształtnych. Broca wydaje pierwsze instrukcye do badań żywych ludzi, określa nazwy antropologiczne, rozstrzyga zagadnienia etnologiczne niemałego znaczenia, odnoszące się do zaludnienia Francyi, organizuje badania antropologiczne współczesnej ludności Francyi, a umierając w r. 1880, zostawia swą bogatą spuściznę naukową licznym uczniom, rozproszonym po całej prawie Europie. W Niemczech twórcą studyów antropologicznych był drugi genialny lekarz, wielki patolog Rudolf Virchow, współczesny Broca i podobnie jak on zdumiewający różnostronnością swych badań, dzięki którym zajął tak wybitne miejsce w nauce. Broca przewyższył jednak Virchowa swą organizatorską działalnością, popularyzowaniem wiedzy o człowieku i umiejętnością wzbudzania do niej zainteresowania w szerokich warstwach publiczności. Natomiast wielką zasługą Virchowa pozostanie, że wykazał to ważne znaczenie, jakie posiada patologia w badaniach ras ludzkich. Pewna tendencyjność Niemców usiłuje zmniejszyć zasługi Buffona, położone dla wiedzy o człowieku, podnosząc natomiast Blumenbacha. W ten sam sposób zmniejszają znaczenie Broca na korzyść Virchowa. Przytoczone tu fakty same mówią za siebie. Antagonizm dwóch szkół, niemieckiej i francuskiej, istniejący za życia Broca i Virchowa, wyrażający się w nieprzyjęciu wspólnych metod, odczuwa się i dotąd.

U nas pierwszy ruch na polu antropologii zainicyowali jednocześnie z zachodem Majer, a następnie Kopernicki, mając już poprzednika w Jędrzeju Śniadeckim.

Zadaniem współczesnej antropologii jest badanie człowieka w różnych kierunkach. Najprzód przez porównanie go z najbliżej don stojącemi człekokształtnemi małpami, co jest zadaniem antropologii zoologicznej, przez badanie człowieka pierwotnego, co jest zadaniem antropologii przedhistorycznej, dalej przez badanie współczesnych ras i typów ludzkich, czy to zapomocą badań somatycznych, czy morfologicznych kości i narządów wewnętrznych. Dalej jest zadaniem antropologii badanie ras dawno wymarłych i nawiązywanie pewnych nici z dziś żyjącymi ludźmi, wreszcie studya nad fizyologią i patologią ras. Nie mniej interesuje antropologię sprawa wzrostu, dojrzewania, długości życia, dziedziczności, potworności, zwyrodnienia i różne zagadnienia socyalne, mające związek z życiem człowieka, dzięki którym jedne narody, grupy, lub rodziny, na najniższym szczeblu swego rozwoju, a inne po dojściu do pewnej kultury zwyradniają się i wymierają.

Dla poznania fizycznej budowy człowieka, jak również odszukania pierwszych jego śladów na ziemi i późniejszych wędrówek, jak również pierwiastków, z których się grupa ludzka składa, antropologia korzysta z całego szeregu pomocniczych nauk, jak geologii, geografii, etnografii, etnologii, socyologii, zoologii i wielu innych. Całkiem inne wyłączne stanowisko zajmuje wobec antropologii anatomia i medycyna.

Pomiędzy medycyną a antropologią, która się z niej właściwie wyłoniła i pierwsze wskazówki otrzymała, zachodzi ta różnica, że kiedy antropologia studyuje człowieka zdrowego bez żadnych celów ubocznych, tylko z chęci poznania go, podobnie jak to czyni zoolog, studyując zwierzę, a przytem bada nie pojedynczego osobnika, ale grupy ludzkie, medycyna przeciwnie bada człowieka chorego w celu poznania jego choroby i przyniesienia mu ulgi w cierpieniu, jeżeli nie przedłużenia istnienia. Chociaż cele tych dwóch nauk odmienne, lecz w miarę ich rozwoju zdają się one z sobą zbliżać i wykazywać wiele wspólnego. Jeżeli od czasów Broca przyznano ogólnie, że wykształcenie lekarskie najbardziej przygotowuje do zajęcia się antropologią, to wiedza lekarska fachowa wiele zyskuje przez wykształcenie przyrodnicze, a tem więcej przez wiadomości antropologiczne, bo one pogłębiają wiedzę lekarską. Gdyby rozwój naszej wiedzy szedł wytkniętym torem, to pierwej należałoby poznać człowieka zdrowego, a następnie dopiero studyować chorego, boć faktycznie lekarz, badając chorego, musi uwzględniać właściwości rasy, z której ten pochodzi, rodzinę, mając na widoku jego budowę, czynności fizyologiczne, objawy patologiczne i dostosować do tego odpowiednie leczenie. Do spostrzeżeń antropologicznych praktykujący lekarze mają szerokie pole, nietylko gdzieś na dalekich krańcach, lecz u nas w kraju, gdzie pod tym względem tak mało wiemy. Lekarze, zamieszkujący stale czas dłuższy w jakiejś miejscowości i obcujący z większą ilością ludzi, o wiele więcej zrobić mogą cennych spostrzeżeń antropologicznych, niż dorywczo przyjeżdżający badacze, lub podróżnicy. Za najwybitniejszy przykład służyć może zmarły przed kilku miesiącami w swem rodzinnem mieście Stutgardzie Dr Erwin Belz. Jako młody lekarz, wezwany na profesora kliniki wewnętrznej do Tokio, miał sobie zara-

żem poruczoną organizacyę nowoutworzonego uniwersytetu. Przez długi czas musiał jednocześnie prowadzić aż trzy kliniki, chorób wewnętrznych, ginekologiczną i psychiatryczną, i pomimo obszernej praktyki prywatnej potrafił zająć się badaniem antropologicznem ludności Japonii w przeciągu 27-letniego tam pobytu. Prace Belza pod wielu względami są niezmiernie cenne. Był on jednym z najlepszych znawców antropologii Japończyków. Zbadał różne warstwy tego narodu, różne zawody, opisał poszczególne typy, badał pierwszy Ajnów; zajmował się etnologią Japończyków, poddał krytyce ścisłej prahistoryę Japonii, napisał mnóstwo spostrzeżeń, odnoszących się do fizycznej budowy tego narodu, w tej liczbie o zabarwieniu ciemnem skóry na kości krzyżowej u nowonarodzonych, które z dojrzałością ma znikać. Belz przytacza to jako cechę rasy mongolskiej, jednakże ja tego na dzieciach mongolskich nie stwierdziłem. Poddał on wreszcie dyskusyi tysiące zagadnień, odnoszących się do antropologii rasowej, fizyologii i patologii Japończyków, a opuszczając ten kraj gościnny, przygotował mu cały szereg pracowników na tem polu.

Jak wiadomo, Giacomini pierwszy opisał u ras barwnych silny rozwój fałdu półksiężycowego, tworzącego t. zw. trzecią powiekę i znalazł w nim chrząstkowate guzki. Podobne chrząstki opisał lekarz Adochi, uczeń Belza, u Japończyków. Trzecią powiekę częściej się spotyka u Australczyków, Indyan Ameryki środkowej i antropoidów, niż u rasy białej i jeżeli to dalsze badania potwierdzą, fakt ten można będzie uważać jako cechę ras niższych.

Rodak nasz, nie tak dawno zmarły w Turkiestanie Dr Maciejewski, w ciągu długoletniego tam pobytu napisał cały szereg monografii tamtejszych plemion. Wielu lekarzy rosyjskich, rozproszonych po całej Rosyi, przyczynia się do poznania dalekich plemion północnych i wschodnich, które wkrótce znikną z kuli ziemskiej.

Jeżeli dotąd badania anatomiczne ras, zamieszkujących ziemię, znajdują się w zawiązku, to cóż i mówić o fizyologii tych ras. Pod tym względem początek dali badacze amerykańscy. Gould twierdzi, że białe rasy mają objętość płuc znaczniejszą, niż Murzyni, lub Indyanie, co ma wpływać na znaczniejszą energię przemiany materyi i rozwój sił u ras białych. Jousset zauważył u mieszkańców krajów zwrotnikowych mniejszą objętość płuc i przyśpieszone oddychanie. Ranke twierdzi, że i skład chemiczny krwi się zmienia pod wpływem warunków klimatycznych i geograficznych. Czucie skórne u ras białych jest znaczniejsze, niż u Murzynów. Znaną też jest ostrość wzroku i słuchu, jaką się wyróżniają dzicy od ludów cywilizowanych, natomiast zdolność rozpoznawania harmonii i barw tonów jest właściwością cywilizowanych. Mongoł nie rozumie motywu pieśni Europejczyka; Korejczyk nie rozróżnia barwy zielonej od błękitnej, Arab czarnej i burej od zielonej i t. d, Ciepłota i tętno wykazują niezawodnie znaczne wahania u różnych ras i plemion, a przytem względnie do wieku i płci. Od lat sześciu robię badania antropologiczne na jednych i tych samych dzieciach w 20 szkołach krakowskich, mając na oku przyrost roczny i zmiany kształtów ciała, w ostatnich czasach prof. Wrzosek włączył do tego spostrzeżenia nad ciepłotą, tętnem i wagą ciała, które przedstawiają też znaczne wahania.

O patologii rasowej może nieco więcej wiemy, a to dlatego, że lekarze dla swych celów praktycznych więcej na to zwracali uwagę. Jedne rasy wybornie znoszą zmiany klimatu i łatwo się przystosowują, inne przy zmienionych warunkach wymierają. Wiemy oddawna, że niektóre grupy ludzkie mają odporność lub skłonność do pewnych spraw patologicznych, jak n. p. chorób lub nowotworów, dla braku jednak wykazów statystycznych fakty te pozostają bez wyjaśnienia, o ile tu wpłynęła rasa, a o ile inne czynniki, jak klimat, odżywianie i odmienne warunki życia. Co do chorób, zdania są bardzo podzielone. Jedni naprzykład powiadają, że Murzyni są odporni na zarazek zimnicy, inni znowu twierdzą, że chociaż jej podpadają, to w mniejszym stopniu niż Europejczycy, przebywający w krajach zwrotnikowych, u których ta choroba ciężką przyjmuje postać. Skłonność do zarażenia się zimnicą ma być też niejednakową wśród rasy białej.

Jako lekarz praktykujący przez lat trzydzieści kilka w dwóch odległych od siebie o kilka tysięcy kilometrów miejscowościach na Ukrainie i na dalekim Wschodzie, miałem sposobność obserwowania panujących tam chorób. Zimnica na Ukrainie mniej się szerzy wśród Żydów, niż wśród miejscowego ludu, Żydzi mniej zapadają na choroby zakaźne, zwłaszcza durowe, lecz natomiast wielu z nich cierpi na cukrzycę, gruźlicę, a znaczny odsetek ulega chorobom umysłowym i nerwowym, wiąd zaś rzadszy, niż u innych ras. Nadzwyczajna częstość chorób nerwowych u Żydów skłoniła Charcota do wypowiedzenia przed śmiercią zdania, że gdyby miał przed sobą drugie życie, poświęciłby je na zbadanie narodu żydowskiego. U ludu ukraińskiego samobójstwo jest częstsze, niż na północy, jak również choroby z przygnębieniem sfery psychicznej.

Na wysokiem płaskowzgórzu Azyi środkowej, pomiędzy Mongołami i Buryatami zimnica, gruźlica, i w ogóle choroby zakaźne wyjątkowo się spotyka, a to może nietyle dzięki odporności rasowej, ile suchości powietrza, gorącym promieniom słońca i przejrzystości powietrza przy silnych wiatrach. Epidemie ospy mają u Mongołów przebieg bardzo łagodny; widywałem chorych z ropiejącemi twarzami, przebiegających ogromne przestrzenie konno. Pomimo ogromnej ilości psów wodowstręt u ludzi pojawia się rzadko. Mongołowie i Chińczycy, jak to nieraz spostrzegano, bardziej podpadają cholerze i dżumie, niż Europejczycy. Często Mongołowie mają wole i wielką obfitość chorób pasorzytowych. Ponieważ każdy naród przedstawia w mniejszym lub większym stopniu mieszaninę, gdyż powstał z kilku pierwiastków, wytwarzających rasę, przeto ciekawem jest zbadać, które typy w tym samym narodzie łatwiej podpadają wpływom chorobotwórczym i jakim, a które stawiają większy opór, a mianowicie, czy są to okazy nizkiego, czy wysokiego wzrostu, jasnego czy ciemnego typu, długogłowi, czy krótkogłowi. Według Haeckla ciemnowłose europejskie rasy mieszane łatwiej aklimatyzują się w krajach zwrotnikowych i mniej podlegają chorobom zakaźnym, naprzykład żółtej febrze, niż jasne typy europejskie. Na Ukrainie, według Emmego, typy jasne mniej mają skłonności do zarażania się zimnicą, niż bruneci.

Różne rasy i narody inaczej oddziałują na leki, podawane im w chorobie. Pamiętam jeszcze z czasów studenckich w Kijowie, jak jeden z wybitnych klinicystów rosyj-

skich zwracał przy leczeniu szczególną uwagę na rasę i warstwę, z której pochodził chory, dowodząc, że inaczej oddziaływa na tę samą dawkę Anglik, chłop ukraiński lub Żyd. Po wielu latach własnego doświadczenia, mając chorych z różnych ras, widzę, że poniekąd miał słuszność. Wśród ludzi o wiele więcej spotykamy odmian, niż wśród zwierząt jednego i tegoż gatunku. Wytwarza je nietylko większa ilość ras ludzkich, lecz i rozmaitość warunków życiowych, pożywienie i t. d., a wszystko to znaczną odgrywa rolę w leczeniu.

Antropologia w ostatnich latach wiele prac poświęciła wzrostowi człowieka. Do rzędu czynników przyspieszających lub powstrzymujących go, należy wpływ rasy, dziedziczności, środowiska t. j. klimatu, geograficznego położenia, zdrowia, wreszcie odżywiania i zamożności badanych dzieci. Oprócz tego przyrost wzrostu pozostaje w związku z wiekiem i płcią. Chcąc wyjść poza ramy antropologii dla wykazania jej związku z innymi działami medycyny, przechodzę do ostatecznych wyników, które pozwalają wyprowadzić trzy maxima wzrostu: pierwsze największe w pierwszych dwóch latach życia, drugie w 8. i 9. roku i trzecie podczas dojrzewania płciowego. Pozostawiając na stronie właściwości płciowe i pewne odstępstwa, ważnym zdaje się być fakt, że w latach przyspieszonego wzrostu pod wpływem pewnych, a skrytych w ustroju przyczyn, wzmaga się wzrost kośćca znaczniej, niż przedtem i potem. Otóż szukając przyczyn, pobudzających wzrost kości kończyn i tułowia, dochodzimy do wniosku, że w okresie dojrzewania płciowego jest głównym być może czynnikiem kształtująca się czynność gruczołów płciowych, oddziałująca na cały ustrój i jego części składowe, przyczem następuje jakby przeistoczenie się ustroju i ustalenie się jego nowych czynności. Daleko trudniej jest wytłómaczyć, czem jest spowodowany wzrost nagły w roku 8—9, w okresie życia, kiedy o czynnościach płciowych nie może być mowy. Dla objaśnienia tego zjawiska przychodzi antropologii na pomoc fizyologia i patologia. Lekarze-praktycy spostrzegają w wieku dziecięcym liczne przykłady powstrzymanego rozwoju, przypadającego na wczesny wiek dziecięcy i okres dojrzewania płciowego. Te cechy dzieciństwa pozostają niekiedy na długie lata aż do starości, a stan taki nazwał Lasègue »infantilismus«. Cały szereg autorów, idąc za nim, powstrzymanie rozwoju przypisuje zmianom gruczołu tarczowego. Następstwem tego jest obok powstrzymanego rozwoju kośćca zmniejszenie narządów i niedorozwój płciowy.

Powstrzymanie jednak rozwoju, jak wykazują spostrzeżenia, może następować w czasie życia płodowego, w okresie dzieciństwa lub dojrzewania płciowego. Otóż na kształtujący się wówczas ustrój mogą wywierać szkodliwe wpływy nieprawidłowo wytwarzające się wydzieliny gruczołów, zatruwające ustrój. Wydzieliny gruczołów nie mają tego znaczenia dla ustroju rozwiniętego, co dla dziecięcego. Znane są w tej nowej dziedzinie badania Eiselsberga, że wzrost karli i zanik narządów płciowych u zwierząt pozostaje w związku z działalnością gruczołu tarczowego i że wycięcie tego gruczołu wywołuje rzeczone zjawiska. Matołectwo stoi w blizkim związku, jak wiadomo, z powstrzymaniem wydzielania gruczołów. Boyon powiada, że przy prawidłowym gruczole tarczowym, matołectwo nie istnieje.

Według Stölznera i Salgego krzywica jest zależna od czynności nadnerczy, t. j. właściwy wzrost kośćca dziecka i sprawy kostnienia są w związku z czynnościami tych gruczołów, ponieważ stan dzieci, leczonych przetworami nadnercza, poprawiał się. Nie mniej znane jest leczenie wydzieliną trzustki przy osłabionej jej czynności.

Przypadki gigantyzmu są w zależności od zmian, zachodzących w przysadce mózgowej i mogą występować w połączeniu z infantylizmem (Brisseau), a charakteryzują się powstrzymaniem rozwoju układu kostnego, wyrażającego się zachowaniem budowy chrząstkowej. Dowodzi to wszystko, że gruczoły z wewnętrzną wydzieliną wpływają na wzrost całego ustroju i jego oddzielnych części. Związek pomiędzy układem nerwowym, a czynnościami gruczołów jest widoczny i ich współczynność na oddzielne części ciała, wzrost całego ustroju i jego czynności. Anton powiada, że różne zaburzenia w okresie wzrostu, jak również jego przyczyny mogą wywoływać tak głębokie zmiany, że w końcu pod wpływem choroby może nastąpić zmiana typu rasy. Matołki do siebie są nieraz tak podobni, jak bracia rodzeni, i przedstawiają jakby jeden typ narodu. Myślę, że i współczesne nam wymierające pierwotne rasy północne, a także wiele ludów Afryki i Australii o wzroście karłowatym, o t. z. »niedokształconych formach«, o cienkich kościach, obciągniętych wątłą, jakby pergaminową skórą, a swym wyglądem wzbudzających litość, są choremi rasami patologicznemi.

Przykład o wzroście, wespół z innemi zboczeniami w rozwoju człowieka wykazuje, że wglądając głębiej w przyczyny czynności narządów i gruczołów, antropologia przy pomocy fizyologii i patologii rozwiązywać będzie mogła wiele zawiłych zagadnień i tłómaczyć przyczyny wywołujące zmiany cech rasowych. Tymczasem można myśleć, że gruczoły o wewnętrznem wydzielaniu, wydają te chemiczne współczynniki, »hormony«, będące budzicielami wzmożonego wzrostu kośćca w różnych okresach. Częściowy wpływ każdego z nich w stosunku z innemi wydzielinami wewnętrznemi wytwarza tę, lub inną krzywą wzrostu i wielkości przyrostu w każdym okresie wieku, być może z pewnemi zmianami w oddzielnych rasach i plemionach.

Również badania serologiczne, zwłaszcza aglutynacyi i hemolizy, mogą mieć w przyszłości duże znaczenie dla rozwiązywania różnych zagadnień z dziedziny antropologii.

Pomijając znaczenie antropologii, jako nauki, metody jej antropometryczne znalazły szerokie zastosowanie praktyczne w różnych gałęziach wiedzy przy badaniu kości zwierzęcych, chorych psychicznych, w medycynie sądowej, wreszcie w biurach antropometrycznych dla celów policyjnych.

W krótkim tym dorywczym zarysie starałem się wykazać drogi, jakiemi kroczy antropologia i jej dalsze widnokręgi, jak również jej stosunek do medycyny. Pomimo odmiennych celów są punkty styczne, na których spotykają się te dwie siostrzane wiedze, dopełniając się wzajemnie.

Słusznie Broca nazwał antropologię mostem, łączącym medycynę z naukami przyrodniczemi. Zarówno medycyna, jak i antropologia muszą się wspierać wzajemnie, a nauka o człowieku czerpać z wieloletnich doświadczeń starszej od siebie wiedzy lekarskiej.

Zakład antropologiczny w Krakowie, ten warsztat

operujący wciąż ludzkim materyałem, nieustannie musi korzystać z zakładów lekarskich, czy to teoretycznych, czy to z klinik, a miał już wielokrotne dowody uprzejmości kolegów. Nie wątpię, że ten związek, łączący pracę lekarzy i antropologów, coraz bardziej zacieśniać się będzie dla wspólnego pożytku nauki.

Z oddziału chorób wewnętrz. szpitala krajowego w Sarajewie.

Kilka uwag i spostrzeżeń o nerwicach wegetatywnych.

Skreślił

Prof. Dr L. Korczyński.

(Ciąg dalszy).

Przez zestawienie skutków, wywieranych przez bodźce wegetatywne zróżniczkowane, oraz skutków, jakie powstają po usunięciu pewnych gruczołów, pozwolić sobie można na wniosek, że podniecenie współczulne oznacza ożywienie tych czynności fizyologicznych, które w hierarchicznym porządku biologicznym postawić należy bezwarunkowo wyżej. Podniecenie autonomiczne wznieca sprawy, dla życia zapewne równie ważne, ale jednak niższe. Przyjąćby więc można, że sympatykotonia oznacza nadmiar, wagotonia niedostatek w wytwarzaniu bodźców sympatykotropijnych. Stan drugi byłby więc, o ile chodzi o zboczenia wrodzone, względnie odziedziczone, istotnem zwyrodnieniem. Stan pierwszy uważaćby można za niezdrowe, bo nadmierne spotęgowanie żywotności. Spostrzeżenia lekarskie przemawiają niekiedy istotnie za słusznością takiego pojmowania sprawy. Pomyślećby wszakże można jeszcze o innem tłómaczeniu, może współrzędnem. Wiemy o tem dobrze, że n. p. czucie skórne we wszystkich swych rodzajach bardzo jest różne w rozmaitych okolicach ciała. Zależy to od nagromadzenia nerwowych elementów czucia na danej przestrzeni. Czy nie możnaby przyjąć, że i nerwy wegetatywne u pewnych osób skupiają w jednem miejscu większą ilość włókienek i tworzą więcej nerwowo komórkowych połączeń, aniżeli u osób innych, że jest ich na jednem miejscu więcej, aniżeli istotnie potrzeba. W tak obficie zaopatrzonych stacyach końcowych powstają potem pod wpływem zupełnie fizyologicznych podniet nadmierne odczyny. Jeśli i bodziec jeszcze wzrośnie ponad zwykłą miarę, zjawia się odczyn nieprawidłowy, a wraz z tem powstają zjawiska, które nazywamy nerwicami. — Przyjmując filogenetyczną nadtwórczość, ograniczoną do pewnych okolic ciała, albo raczej do pewnych tylko narządów, zrozumieć możemy w każdym razie łatwiej, dlaczego mimo powszechnie zwiększonego jednostronnego napięcia wegetatywnego nerwice wegetatywne jednak nie są powszechne, lecz obejmują tylko pojedyńcze czynności.

Ale zejdźmy teraz na pole kliniczne, wróćmy do pojęć sympatykotonii i wagotonii.

Nerwicami współczulnemi zajmuje się medycyna kliniczna już od dość długiego szeregu lat i o niektórych z nich bardzo dokładne posiada pojęcia. Dość wskazać na chorobę Basedowa. W nowszych czasach, od kiedy znaleziono podstawy, aby stany współczulnego podrażnienia wprowadzać w bezpośredni związek z wytwórczością gruczołów układu chromochłonnego, poczęści także z wytwórczością tarczycy i przysadki mózgowej, zyskała nauka kliniczna nowy i bardzo pożądany materyał dla samodzielnych dociekań i zaczęła z własnych spostrzeżeń snuć dalszy wątek badań, opartych o wiadomości, zdobyte przez fizyologię i patologię doświadczalną. Na ich tle powstały już nawet nowsze zapatrywania na pochodzenie niektórych chorób serca i naczyń, oraz nerek, nie mówiąc już o poglądach, odnoszących się do zmian czysto czynnościowych, pojmowanych jako następstwo hiperadrenalinemii lub hipertyroidozy. Inaczej ma się rzecz z nerwicami autonomicznemi. Można wprawdzie i w dawniejszych pracach klinicznych spotkać się tu i owdzie ze wzmiankami o nerwicach nerwu błędnego, O. Rosenbach w swoim »Zarysie chorób serca« starał się nawet w osobnym ustępie, zatytułowanym »Vagusneurosen« skreślić obrazy nerwic sercowych, ale wszystkie te usiłowania nie mogły mieć zupełnego powodzenia. Brakowało im do tego ścisłych podstaw w doświadczeniach fizyologicznych. I pomimo, że niektórym z tych prac nie można odmawiać istotnej wartości naukowej, to jednak bez przesady powiedzieć wolno, że w całej tej sprawie nie było jednolitych zapatrywań. Rozejrzenie się w niej było bardzo utrudnione. To też z prawdziwem uznaniem przyjąć trzeba pracę Eppingera i Hessa[6]), w której jest ład i system i w której po raz pierwszy uwydatnia się jasno i wyraziście pojęcie wagotonii, jako mniej lub więcej stałego stanu biologicznego, a wraz z niem i pojęcie nerwic wegetatywnych.

Tak jak dziś sprawa stoi, trzeba uważać wagotonię za jednostkę patologiczną, dającą się dość ściśle określić. Tem samem oczekiwać należy, że chorzy, okazujący zjawiska nerwic autonomicznych, albo znamiona wygórowanego napięcia autonomicznego, posiadać powinni wspólne jakieś cechy. I tak jest w istocie.

Zaznaczyliśmy już wyżej, że jednostronne napięcie (tonus) nerwowe w zakresie układu nerwu błędnego poczytywaćby można za następstwo pewnego rodzaju zwyrodnienia. Postarać się musimy o wskazanie szczegółów, które za takiem pojmowaniem rzeczy przemawiają. Wyjdą one na jaw przy kreśleniu ogólnej charakterystyki wagotoników.

Już przy zwykłem oglądaniu zewnętrznych form ciała takich osób spotkać można bardzo często zboczenia od stanu prawidłowego. Do najczęstszych należy nieumiarowość budowy czaszki i twarzy. Zazwyczaj ogranicza się ona do prostej tylko asymetryi, gdzie jedna połowa zazwyczaj tylko twarzy, jest silniej, druga słabiej rozwinięta. Stwierdzić jednak można i inne, większe jeszcze ułomności. I tak zdarzają się chorzy z bardzo, wprost już chorobliwie wydatnymi guzami czołowymi, czasem z jednym tylko guzem, albo z czołem nader płaskiem, nawet w tył podanem, a za to z nadmiernie silnie rozwiniętą potyliczną częścią głowy i z wystającymi guzami potylicznymi;

[6]) Eppinger i Hess: Die Vagotonie, Berlin 1910. Verlag von A. Hirschwald.

dalej chorzy ze skrzyżowaną asymetryą czaszki i twarzy i t. d. Na uwagę zasługuje zapewne i ten szczegół, że u niektórych osób, zwłaszcza zupełnie młodych, sięga bardzo nizko uwłosienie głowy, niekiedy tak nizko, że z odkrytego czoła prawie nic nie zostaje. Mimo woli nasuwa się w takich razach porównanie z typem małpim.

Nie ulega, zdaje się, wątpliwości, że w niejednym przypadku jest asymetrya wyrazem przebytej w dziecinnych latach krzywicy. Znamiona jej znać wtedy i na innych kościach. Ale spotkać można bezsprzecznie wagotoników z kośćcem zresztą zupełnie prawidłowym, którzy mimo to nie mają umiarowej głowy. Wtedy trzeba asymetryę czaszki poczytywać za wadę ustrojową, wynikającą z wrodzonych, względnie odziedziczonych właściwości rozwojowych.

Ciekawą jest w każdym razie rzeczą, że u ludzi z taką czaszką, nie okazujących oznak przebytej krzywicy, przedstawiać się może kościec i cała budowa ciała zupełnie prawidłowo. Spotkać się nawet można z zupełnie foremnem ciałem, o ile chodzi o kontury kostne. Harmonijną całość psuje czasem tylko zwiotczenie powłok brzusznych i niekształtne odstawanie brzucha.

Wzrost chorych bywa rozmaity. Jeden z chorych, którego przez czas dłuższy mieliśmy na oddziale, chłopiec dwunastoletni, odznaczał się nawet wzrostem i rozwojem ciała, przekraczającym miarę wieku. Uderzający był zwłaszcza rozwój części rodnych i uwłosienia okolicy płciowej. Naodwrót zdarzają się wagotonicy o budowie bardzo wątłej i o lichem odżywieniu, a więc typy, które stanowiły, zdaje się, większość wśród materyału, jakim rozporządzali Eppinger i Hess.

Zupełnie niezależnie od tego, jaka jest budowa ciała i jakie odżywienie, okazują prawie wszyscy wagotonicy dość słaby, a przytem nadmiernie pobudliwy układ mięśniowy. Pracują oni wogóle niechętnie, nużą się łatwo przy pracy i odznaczają się wprost żądzą spoczynku mięśniowego.

Opisując niedawno przypadek autonomicznej nerwicy wegetatywnej, określiłem[7]) dokładniej cechujący odruch mięśniowy po uderzeniu młotkiem opukowym. Zupełnie niezależnie zwrócił nań uwagę Peritz[8]). Zestawienie tych dwóch właściwości mięśni, z jednej strony słabość i niewytrzymałość, z drugiej wygórowana pobudliwość, jest w każdym razie ciekawe. Z tem samem spotykamy się przy znużeniu mięśniowem. I mimowoli nasuwa się tu porównanie ze stanem układu nerwowego, który autorowie niemieccy określają mianem »reizbare Schwäche«, a to tembardziej, skoro wagotonicy okazują wogóle nierzadko cechy osłabienia nerwowego. Wikłanie się wagotonii z neurastenią jest dość pospolite.

W związku ze wzmianką o wzmożonej pobudliwości mięśni godzi się także wspomnieć o pojawianiu się u niektórych chorych drgań pęczkowych, a nawet dłużej trwających kurczów. Zupełnie słusznie można w takich przypadkach myśleć o spasmofilii. Zdarzało mi się także widywać wcale wyraźny objaw Chwostka.

(Ciąg dalszy nastąpi).

[7]) L. Korczyński. Przegląd lekarski 1913, Nr 30.
[8]) Peritz. Zeitschrift f. kl. Med. B. LXXVII H. 3—4.

Sprawozdania.

Sprawozdanie z podróży naukowej w zakresie dermatologicznym

odbytej z zasiłkiem Wydziału krajowego

przez

Dra Maurycego Spatza,
sekundaryusza szpitala powszechnego w Jarosławiu.

(Ciąg dalszy).

Przypadki schorzenia wiewiórowego samego narządu płciowego, o ile chore nie pozostały w leczeniu wskutek innych objawów chorobowych, jakoto kiły, wysypki jakiej, odsyłano wszystkie do kliniki chorób kobiecych, a te nieliczne przypadki, które miałem sposobność widzieć, leczono przepłukiwaniami i tamponami, napojonymi 10% rozczynem ichtyolu w glicerynie dopóty, aż kilkakrotne badanie wydzieliny pochwy i macicy co do dwoinek Neisserowskich nie było stale ujemne. Stanowczego okresu zupełnego wyleczenia w podobnych przypadkach chorobowych podać nie mogę, nie był jednakowoż nigdy krótszy od dni 45. Doświadczeń ze sposobami, w ostatnich czasach w piśmiennictwie podawanymi, (mianowicie codzienne dwukrotne przepłukiwanie pochwy i części pochwowej macicy ilością 20—25 litrów do 45° C. ogrzanego płynu według metody Wagnera z kliniki frankfurckiej, stosowane przez odpowiednio zbudowany przyrząd, przez co okres leczenia stanowczo skrócić można do dni 26), nie podjęto podówczas jeszcze w klinice wiedeńskiej i w tym względzie osobistego doświadczenia nie nabrałem.

Z powikłań wiewióra leczono zapalenie pęcherza moczowego sposobem dotychczas wszędzie stosowanym, a mianowicie polecano spokój bezwzględny, odpowiednią dyetę, regularnie podawano przetwory salicylu i urotropinę; w przypadkach odpowiednich, o ile nie było przeciwwskazania, przepłukiwano codziennie pęcherz rozczynem azotanu srebra 1:1000.

W przypadkach zapalenia najądrza i innych powikłań, jako to zapalenia stawów, stosowano właśnie podczas mego pobytu na oddziale we wszystkich przypadkach podaną w roku 1910 przez Brucka szczepionkę z dwoinek Neisserowskich: »Gonokokkovaccine Arthigon«. Przetwór ten wyrabia fabryka E. Scheringa pod nazwą »Arthigon« i wprowadza w handel we flaszeczkach, zawierających 6 cm. Sposób użycia jest następujący: śródmięśniowo wstrzykuje się w pośladek, podobnie jak przy kile nierozpuszczalne sole rtęciowe, 0·5 cm³. artigonu; zazwyczaj oddziaływa chory już po 12 godzinach na tę dawkę podwyższeniem ciepłoty ciała, dochodzącem zazwyczaj do 38·5, rzadziej więcej, przyczem występuje dosyć często ból głowy i uczucie ogólnej niemocy; objawy te najpóźniej po 48 godzinach ustępują. Po upływie 3—4 dni wstrzykuje się dawkę podwójną, to jest 1 cm³, po dalszych 4 dniach 1·5 cm³., a następnie ostatnią dawkę 2 cm³. Odczyn przy każdej dawce następnej podobny do odczynu po dawce pierwszej.

Obserwowałem w czasie mego pobytu 16 przypadków zapaleń najądrza, 2 przypadki ostrego zapalenia sterczu, jeden przypadek zapalenia stawu kolanowego, leczonych szczepionką. Wyniki nie były tego rodzaju, aby módz przyznać szczepionce znaczną wyższość nad leczeniem zachowawczem, jako to spokojem, dyetą, okładami wysychającymi i lekami; po pierwsze bowiem leczenie szczepionką nie skraca okresu chorobowego, albowiem wszystkie przypadki zapalenia najądrza, leczone metodą zachowawczą, ustępują zazwyczaj do dni 18 do 20, pozostawiając jeszcze ślady w postaci zgrubienia i stwardnienia ogona najądrza,

a okres ten również i przy leczeniu szczepionką jest konieczny. We wszystkich przypadkach, leczonych szczepionką, nie następuje »restitutio ad integrum«, lecz pozostają zawsze powyżej wspomniane zgrubienia i stwardnienia najądrza, łatwo wyczuwalne. Szczepionka przy zapaleniu ostrem sterczu nie działała wcale i koniecznie trzeba było w tych przypadkach stosować metody dotychczasowe; jeden przypadek zapalenia stawów na tle wiewióra nie daje podstawy do wniosków tak ze względu na niezbyt wyraźne objawy kliniczne, jak i ze względu na skutki. We wszystkich przypadkach, które obserwowałem, odczyn ogólny w postaci podniesienia ciepłoty, bolu głowy i uczucia ogólnego schorzenia, bez wyjątku zawsze występował; u jednego chorego objawy te były nawet silniejsze, podwyższenie ciepłoty doszło do 40^0, wystąpiły wymioty, kurcze i uporczywy ból głowy. Odczyn miejscowy spostrzegałem tylko w 3 przypadkach, w których chorzy skarżyli się na ból w miejscu wstrzyknięcia, zresztą zaś objawów żadnych nie mieli. Na schorzenie pierwotne cewki moczowej artigon żadnego wpływu, ani dodatniego, ani ujemnego, nie wywierał. Rekapitulując tedy powyższe uwagi, dochodzę do przekonania, że artigon wzbogaca wprawdzie metodę leczenia powikłań wiewióra, w przypadkach zapalenia najądrza działa podobnie, jak metoda zachowawcza, zabezpiecza może nawet chorego przed bezmyślnem często stosowaniem pęcherza lodowego, wywołującego łatwo zgorzel najądrza i jądra samego. Co do zapalenia stawów, to przypadek przezemnie obserwowany nie daje wprawdzie podstawy do oceniania wartości środka, wielu jednak autorów poleca tu artigon, być może także z tego względu, że nie posiadamy dotychczas żadnego innego środka, któryby pewnie działał przy zmianach zapalnych stawów na tle wiewióra.

Zapalenie ostre sterczu leczono spokojem, dyetą, zgłębnikiem chłodzącym (Kühlsonde) Arzbergera, a wewnętrznie podawano urotropinę i przetwory salicylu, te drugie szczególnie w przypadkach z wyższą ciepłotą ciała. Przewlekłe zapalenia sterczu leczono codziennie miesieniem i stosowano środki przeciwwiewiórowe.

Wrzody weneryczne na prąciu wypalano codziennie czystym kwasem karbolowym, stosując następnie okłady z 15—20% rozczynu siarkanu miedziowego; przy powikłaniu z zadzierżgnięciem żołędzi (paraphimosis) lub stulejką stosowano kilkakrotne zmywanie czystym rozczynem perhydrolu Mercka i okłady z rozczynu 30—50^c wody utlenionej, opierając się na tem, że drobnoustroje, wywołujące te stany zapalne, należą do rzędu beztlenowców.

Przy ostrem ropnem zapaleniu gruczołów chłonnych pachwinowych, t. j. przy dymienicach (bubo), nacinano je w znieczuleniu miejscowem chlorkiem etylu, oczyszczano czystym perhydrolem, nakładano okład wilgotny, następnie zmieniano codziennie opatrunek, oczyszczając za każdym razem powierzchnię rany perhydrolem i stosując nadal opatrunek suchy. Powierzchnia rany przy takim sposobie leczenia następowego, a szczególnie brzegi rany oczyszczały się szybko i w okresie średnio 3-tygodniowym rana zupełnie się zabliźniała, w niektórych przypadkach nawet już po 8 dniach dno i brzegi rany tak się oczyszczały, że można je było następowo szyć i w ten sposób skracano okres leczenia do dni nawet 14, co w porównaniu z okresem trwania leczenia innymi sposobami przemawia bardzo za używaniem w tych przypadkach perhydrolu i za rozpowszechnieniem tego środka w naszych szpitalach prowincyonalnych.

(Dokończenie nastąpi).

Oceny.

August Teodorowicz: **Przyroda i literatura Truskawca.** Drohobycz 1914, stron 48.

Jeżeli odliczyć wydawnictwa peryodyczne, to bilans piśmiennictwa, dotyczącego naszych zdrojowisk, wypadnie w ostatnich latach bardzo smutno. Publikacye z tego zakresu, nie będące zwykłym jeno prospektem lub reklamą, stają się coraz rzadsze, a takie, któreby miały trwalszą wartość, na palcach liczyć można. Dlatego zasługuje na uwagę praca p. Teodorowicza, podająca wiadomości geologiczne, mineralogiczne i florystyczne według spostrzeżeń znakomitego przyrodnika, Prof. Dr Łomnickiego, oraz bibliografię Truskawca, troskliwie i z mozołem zebraną przez autora. Dzięki temu niewielka ta broszurka ma istotną wartość, jako rzecz źródłowa. Z.

Dr Kazimierz Służewski: **Sprawozdanie o stosunkach zdrowotnych m. Podgórza w r. 1913.** Podgórze 1914, stron 10.

Przed kilku jeszcze laty pojawiały się w druku sprawozdania sanitarne to tego, to owego z mniejszych miast galicyjskich, zawstydzających w tym względzie nasze miasta stołeczne, które o swych stosunkach zdrowotnych nic nie ogłaszają poza materyałem, gromadzonym przez Biuro statystyczne krakowskie w jego rocznikach. Nie było tych sprawozdań z miast prowincyonalnych wprawdzie wiele; jednakże teraz, zamiast liczniejszych, jakby się pragnęło, sprawozdań, — nie ukazują się od dłuższego czasu żadne. Tem więcej godzien pochwały Magistrat miasta Podgórza, jedynego, które zbudziło się z tej przykrej martwoty. Sprawozdanie, napisane przez naczelnego lekarza, Dra Służewskiego, zestawia treściwie ruch ludności, śmiertelność, wiadomości o walce z chorobami zakaźnemi, postępach asanacyi, higienie szkół i żywności i daje wystarczający obraz stanu zdrowia publicznego w mieście, świeżo przyłączonem do Krakowa. Z.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Albu: **O stosunku chorób wątroby i trzustki do balneoterapii.** (Zeitsch. f. ärztl. Fortb. 1913 Nr 23). Autor w swej pracy stara się odpowiedzieć na pytanie, w jakich chorobach wątroby możemy oczekiwać dobrych wyników przy stosowaniu wód mineralnych? Z chorób wątroby ostrych w żółtaczce nieżytowej i przy kolkach żółciowych. W tych razach stosowane wody alkaliczne ciepłe rozpuszczają śluz, oczyszczają błony śluzowe i w ten sposób przyspieszają wydalanie. W ostrych chorobach wątroby wody mineralne stosujemy rzadko; daleko częściej stosujemy je w przewlekłych chorobach wątroby, więc w przekrwieniu wątroby, które jest objawem częściowym przekrwienia wewnątrzbrzusznego i okresem wstępnym do poczynających się przewlekłych zmian wątroby. Objawy podmiotowe są tu następujące: uczucie ucisku i przepełnienia w brzuchu, brak apetytu, zaparcie stolca, lekkie zabarwienie żółte spojówek, mocz ciemny i t. d. Przedmiotowo stwierdzamy powiększenie całej wątroby. To przekrwienie wątroby jest pokrewne wątrobie zastoinowej, która powstaje na tle chorób mięśnia i zastawek serca. W tych stanach chorobowych, obok dyety i uregulowania całego sposobu życia, stosujemy i leczenie wodami, szczególniej Kissingen, Homburg, Marienbad, Tarasp; wodę karlsbadzką również możemy stosować, ale pozbawioną gazu. Oprócz wód do picia stosować należy kąpiele kwasowęglowe. Przy stłuszczeniu wątroby (Fettleber) polecamy zimne wody alkaliczno-solankowe i wody gorzkie (Friedrichshaller, Apenta, Hunyadi-Janos i t. d.). Przy stosowaniu tych wód wątroba znacznie się zmniejsza. I na inne cierpienie wątroby przyrody zakaźnej lub toksycznej bardzo dobrze wpływa picie wód, szczególniej Karlsbadu. Do tych cierpień zaliczamy

marskość zanikową (Laennec) i przerostową (Charcot-Hanot). Kamica żółciowa jest najpodatniejszą do leczenia wodami mineralnemi. Działanie cieplic karlsbadzkich (Sprudel) polega przy tych chorobach na tem, że rozcieńczają one żółć, ułatwiają jej odpływ, rozpuszczają nagromadzony śluz, regulują ruchy robaczkowe jelit. Jeżeli czasami przy leczeniu cieplicami karlsbadzkiemi niema polepszenia, musimy położyć to na karb mylnego rozpoznania. Często za kamicę żółciową bierzemy zrosty z odźwiernikiem, z żołądkiem, dwunastnicą. W kamicy żółciowej dobre wyniki daje nie tylko »Sprudel« karlsbadzki, ale i Neuenahr. Leczenie w domu temi wodami często pozostaje bez skutku, co możemy objaśnić brakiem higienicznych, klimatycznych i dyetetycznych czynników, które stworzyć możemy jedynie w zdrojowisku. Oprócz tego świeża woda wprost ze źródeł ma pewne własności biochemiczne, których jeszcze nie znamy. Nie należy lekceważyć przy leczeniu wodami mineralnemi w zdrojowiskach i zabiegów hydropatycznych, szczególniej okładów (Einpackungen) z ciepłej borowiny lub fango. Nie polecamy obecnie przy chorobach wątroby zbyt wielkiego ruchu, co czyniliśmy dawniej, chcąc wywołać żywszą przemianę materyi; przepisujemy spokój możliwy, którego tem surowiej przestrzegamy, im krótszy okres czasu dzieli nas od ostatniego napadu kamicy żółciowej. Poglądy na stosowanie dyety przy piciu wód również się zmieniły. Dziś wiemy, że nie picie tych lub innych wód wymaga dyety, lecz jedynie dana choroba wymaga dyety, i ze względu na chorobę stosujemy tę lub inną dyetę. Z dotychczasowego doświadczenia wiemy, że ta dyeta jest najodpowiedniejszą, która energicznie reguluje działalność jelit: pożywienie powinno być mieszane z przewagą pokarmów roślinnych. Tłuszczów należy unikać. Co się tyczy balneologicznego leczenia chorób trzustki, to stosowanie wód alkaliczno-słonych, wskutek zawartości Na_2CO_3, osłabia znacznie działalność gruczołów wydzielniczych żołądka i trzustki. Dlatego też wpływ wód karlsbadzkich na wydzielniczą czynność żołądka i trzustki jest nieznaczny. Wody, zawierające sól kuchenną, wpływają na zwiększenie się czynności wydzielniczej tych narządów. Wogóle choroby trzustki z trudnością poddają się leczeniu wewnętrznemu. Ostre zapalenie trzustki wybroczyny trzustki, martwica tłuszczowa (Fettnekrose) trzustki, wszystkie te choroby wymagają szybkiej interwencyi chirurgicznej, nie mówiąc już o nowotworach trzustki, (rak, torbiele), które również wymagają leczenia chirurgicznego. Do wewnętrznego leczenia nadają się tylko przewlekłe zapalenia trzustki, kamienie trzustki, niedomoga wydzielnicza trzustki. Przy przewlekłem zapaleniu i przy kamieniach trzustki stosować należy wody alkaliczne, alkaliczno-solankowe i same solankowe. Niedomogę wydzielniczą leczymy temi samemi wodami, ale podawanemi w stanie ciepłym i przytem w małych dawkach, stosując jednocześnie odpowiednią dyetę. Tadeusz Kon.

Junker: **Nowsze przeciwgruźlicze środki lecznicze i uodporniające.** (Zeits. f. ärztl. Fortb. 1913 Nr 23). Leczenie zakładowe odgrywa doniosłą rolę w leczeniu gruźlicy; nie zawsze jednak można się niem posługiwać. Iluż to biedaków musimy leczyć w ich mieszkaniu, przy złych warunkach higienicznych i odżywczych. Tutaj na pierwszy plan występują leki; ale nim te leki stosować będziemy, musimy przedewszystkiem wypróbować ich skuteczność. Wypróbowywać leki należy w zakładach leczniczych u ciężko chorych, których stan nie poprawia się pomimo leczenia zakładowego; w ten sposób ocenimy wartość stosowanych leków. Autor nie radzi w praktyce prywatnej stosować starej tuberkuliny Kocha, gdyż często widział, że przynosi ona raczej szkodę, niż korzyść. Oprócz starej tuberkuliny Kocha używana bywa tuberkulina, pozbawiona białka (albumosenfreies Tuberkulin), zawiesina prątków gruźliczych (Bazillenemulsion), tuberkulina Rosenbacha, I. K. (Immun-Körper) Spenglera. Przy stosowaniu surowicy przeciwgruźliczej podskórnie lub do odbytnicy autor widział dobre wyniki; poleca przytem surowicę Marmorka; surowicy Maragliano nie stosował. Wcieranie mydła przy gruźlicy gruczołów chłonnych jest dawno znane. Mydło znalazło też zastosowanie wewnętrzne przy gruźlicy w postaci »mollimentu« Zennera, który to przetwór daje dobre wyniki. W najnowszych czasach Friedman zaczął leczyć gruźlicę zapomocą prątków gruźliczych z gruźlicy zwierząt zimnokrwistych. Taką hodowlę wstrzykuje Friedman śródmięśniowo. Skontrolować doświadczeń Friedmana autor nie miał sposobności. Również nie sprawdzał autor działania tubolityny Römera, otrzymywanej bez działania wyskoku, ciepłoty i bez środków chemicznych. Tubolityna ma dawać dobre wyniki. Zasługuje również na uwagę wakcynoterapia gruźlicy zapomocą »partialantygenu«. Do najnowszych sposobów leczenia gruźlicy należy chemoterapia. Próbowano stosować przy gruźlicy salwarsan, ale bez pewnych wyników. Następnie stosowano błękit metylenowy i miedź, szczególniej miedź daje dobre wyniki przy tocznju Używamy przetworu Bayera (rozczyn H, zawierający 0·005 Cu, lub 0·005 $CuCl_2$) i wstrzykujemy $^1/_2$ cm śródmięśniowo, w pośladki. Najwięcej można wstrzyknąć tego rozczynu 2 cm. naraz. Śródżylnie możemy wstrzyknąć tego rozczynu i 10 cm. Autor leczył miedzią 26 chorych na gruźlicę płuc; u tych chorych stosowanie innych środków nie dało dobrych wyników. Stosowanie miedzi ma tę zaletę, że nie wywołuje żadnego ubocznego działania. Po stosowaniu większych dawek śródżylnie następowało lekkie podniesienie ciepłoty do 38°, bóle głowy, przejściowy lekki białkomocz. Autor poleca przy gruźlicy płuc nie stosować więcej jak 5 cm. rozczynu (= 0·05 g. Cu) śródżylnie; odczynu ogniskowego przytem nie spostrzegano. O wewnętrznem stosowaniu miedzi niewiele autor mówi, gdyż obserwował tylko dwa przypadki, leczone w ten sposób; wcierań miedzi nie radzi autor stosować ze względu na niemożność ścisłego dawkowania. Wogóle jednak autor nie jest wielkim zwolennikiem stosowania w gruźlicy przetworów miedzi nawet śródżylnie, gdyż przetwory te są wprawdzie nieszkodliwe, ale też wielkich skutków leczniczych nie dają. Daleko goręcej poleca autor przetwory złota, które już Koch stosował, a które w najnowszych czasach zyskują sobie coraz większe prawo obywatelstwa, a mianowicie sinek złotowo-potasowy (aurum-kalium cyanatum) Mercka. Przetwór ten należy stosować tylko śródżylnie. Rozpoczynać należy od 1 cm^3 1$^0/_{00}$ rozczynu (= 0·001 leku), rozcieńczonego silnie 0·6$^0/_0$ rozczynem soli kuchennej. Autor dlatego radzi rozpocząć od dawki miligramowej, że większe dawki wywołują podniesienie ciepłoty. Jeżeli 1 mg. chory znosi bez podwyższenia ciepłoty, to możemy wstrzyknąć 3 mg. lub 5 mg.; 1 lub 2 cg. nie radzi autor przekraczać. O ile jaka dawka wywołuje podniesienie ciepłoty, należy natychmiast ją obniżyć. Autor twierdzi, że stosowanie sinku złotowo-potasowego w gruźlicy daje wprost uderzające wyniki. Z innych środków stosowanych w gruźlicy, wyliczymy jedynie jod, dioradynę (jod, mentol i radium), cholinę. Bardziej szczegółowo omawia autor nowoczesny środek »Mesbé«. Środek ten jest bardzo reklamowany, ale nie jest on środkiem swoistym przeciw gruźlicy, jak reklama głosi. Działa on jedynie objawowo, obniżając pobudliwość górnych dróg oddechowych i nic więcej. Mallebreinę (rozczyn 25$^0/_0$ chlorku glinu) uważa autor za dobry środek odkażający przy powikłaniu gruźlicy przez zapalenie gardła. Elbon, zawierający kwas będźwinowy, jest dobrym środkiem przeciwgorączkowym. Przy wysokich gorączkach radzi autor stosować pyramidon. Z przetworów gwajakolowych, o ile zachodzi potrzeba ich stosowania, doradza autor kreozotal, sirolinę, tiokol, eutektan, pneuminę i podobne, również arsen w połączeniu z żelazem i fosforem. Swoją pracę kończy autor wnioskiem, że leczenie zakładowe fizyczno-dyetetyczne stoi w gruźlicy płuc na pierwszym planie. Również przy leczeniu domowem przedewszystkiem należy zwrócić uwagę na czynniki fizyczno-dyetetyczne. Przed leczeniem tuberkuliną i nowszymi przetworami autor ostrzega i radzi je stosować tylko w wyjątkowych razach tym, którzy mają doświadczenie w określaniu wskazań dla ich stosowania

*

i są obznajomieni z metodyką zastosowania tych środków. Ostrzega również autor przed stosowaniem środków reklamowych, n. p. »Mesbé«. Tadeusz Kon.

Zapiski lecznicze, nowe leki, sposoby i narzędzia.

Jodules. Pod taką nazwą aptekarze paryscy, Robert i Carrière, sprzedają jednogramowe pastylki czystego jodu, które rozpuszczone według farmakopei francuskiej w 9 lub według rosyjskiej w 10 gramach wyskoku, dają w każdej chwili świeżą, a więc niezawierającą żadnych szkodliwych związków, a przedewszystkiem kwasu jodowego (H J) nalewkę jodową (jodynę). Pastylki rozpuszczają się na poczekaniu, nowy więc przetwór jest nadzwyczaj dogodny do użycia dla chirurgów, ginekologów i położników, często zmuszonych posługiwać się nalewką jodową niewiadomego składu chemicznego, przyrządzoną częstokroć na wyskoku metylowym lub w najlepszym razie nieświeżą; jak twierdzą bowiem aptekarze, przyrządzanie nalewki jodowej w ilościach mniejszych, niż potrzeba na dni 10, nie opłaca się. »Jodules«, wyrabiane w Paryżu (37 rue de Bourgogne), wydały mi się tak praktyczne, że przedstawiłem je kolegom na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego łódzkiego 1. III. 1914. St. Skalski.

Nowe narzędzia: 1) Kleszcze do żeber, wycinające żebro gładko, a niezgniatające kości, nieniogące uszkodzić opłucnej, podał Jessen (M. m. W. Nr 49). 2) Ulepszone klamerki (serres fines) podał Herff (M. m. W. Nr 52) 3) Strzykawkę do wstrzykiwań i aspiracyi pod ciśnieniem, łatwo dającą się obsłużyć jedną ręką, podał Landsberger (M. Kl. 1914 Nr 2). 4) Lejek uszny do miesienia błony bębenkowej, zarazem powiększający jej obraz, podał Dölger. (M. m. W. 1914 Nr 2). 5) Strzykawkę, którą można odrazu wstrzykiwać płyny wprost z ampułek jałowych, na które nakłada się igię, podał aptekarz Wulff z Berlina. (Deutsche med. Woch. 1913 Nr 48). K.

Do odkażania skóry przy dużych zabiegach zaleca Dietsche po ogoleniu proste posmarowanie mastisolem i przyłożenie gazy jałowej, przez którą prowadzi się cięcie skórne. (Zbl. f. Chir. 1914 Nr 1). K.

Skuteczność pasty bizmutowej Becka ma podług Rosta pochodzić jedynie od zanieczyszczeń waseliny. Wacker potwierdza to w zupełności i dodaje, że nieznane nam bliżej to ciało w większej jeszcze ilości znajduje się w surowym oleju parafinowym i wywołać może bardzo ciężkie zmiany zapalne na skórze. (Münch. m. Woch. 1913 Nr 48). K.

Plombowanie płuc przy gruźlicy jest podług Gwerdera bardzo uzasadnione. Zamiast plomb twardych próbuje obecnie G. na zwierzętach plomb elastycznych (kolpeurynter) co z czasem zamierza stosować i u ludzi, na razie zaś podaje to w postaci tymczasowego doniesienia. (Münch. med. Woch. 1913, Nr 48). K.

Przy zapaleniu wyrostka robaczkowego radzi Jacob operować zaraz, jeżeli ucisk na lewy talerz biodrowy sprawia również ból. (Soc. de Chir. VI. 1913). K.

Na miejsca przeszczepionego naskórka przy sposobie Thierscha zaleca Wydler jako najlepszą ochronę papier korkowy. (Zbl. f. Chir. 1914, Nr 1).

Przed operacyami na nerkach zaleca Percy podawać chorym przez kilka tygodni tabletki tyroidynowe. (Journ. Am. med. As. 1913 T. 61, Z. VI.). K.

Jako znakomity materyał do plastyk, zwłaszcza ścięgien i więzadeł, zaleca Rehn tkankę podskórną (t. j. pas skóry, pozbawiony warstwy gruczołowej), z której plecie się pojedyncze sznurki lub mocniejsze warkoczyki. Pasy te wgajają się idealnie i już po krótkim czasie nie można ich odróżnić od prawdziwego ścięgna. (M. m. W. 1914 Nr 3). K.

Fenolkamforę, zachwalaną przy przewlekłych ropieniach stawów, radzi Pohl wstrzykiwać ostrożnie, i to tylko w duże stawy, mianowicie $^1/_4$—2 cm³ rozczynu: Rp. Camph. 10·0, acid. carbol. alcohol aa 30·0. (Zbl. f Ch. 1914, 5). K.

Przy uśpieniu ogólnem wielką pomocą do oceniania jego stopnia są podług Rutherforda łzy. W okresie podniecenia wydzielają się one obficie, a w miarę głębokości uśpienia oko wysycha. Brak łez dowodzi bardzo głębokiego snu. Gdy łzy się wydzielają. a źrenice się rozszerzają, zapowiada to wymioty, gdy zaś oko przytem jest suche, zapowiada to poważne niebezpieczeństwo. (Brit. med. Journ. VI., 1913). K.

Przeciw powikłaniom płucnym po operacyach działają znakomicie podług Demmera wdychiwania tlenu i adrenaliny z przyrządu Spiess-Draegera. (Deut. Zeitsch. f. Chir. 125). K.

Alypinę stosował Prof. Trauner przez $1^1/_2$ roku w uniwersyteckim zakładzie dentystycznym w Gracu i w praktyce prywatnej do znieczulania, nie przekraczając nigdy dawki ogólnej 0,02 i używając przeważnie rozczynu 0·75%. Użycie tak słabego rozczynu na tę zaletę, że pozwala wstrzyknąć stosunkowo większą ilość płynu, a dawkę wolniej stopniować. Po wstrzyknięciu należy odczekać conajmniej 5 minut, aby znieczulenie było należyte. W połączeniu z przetworami nadnercza zaleca się stosunek 0,00005 suprareniny na 0,02 alypiny. (Österr. Zeitschr. f. Stomatologie 1913, Z. 11). Br.

Do tamowania krwotoków miąższowych, n. p. z wątroby, śledziony i t. p. zaleca Hilse używać płatów tkanki tłuszczowej, które przykłada się na miejsce krwawiące. (Ztbl. f. Chir. 1913, Nr 48). K.

Eter do okładów na rany zakażone, do przemywania otrzewnej i t. p. zaleca Souligoux. (N. Y. med. Journ. Nov. 1913). K.

Plaster kauczukowy, dający się dobrze wyjaławiać, a przez to mogący służyć do bezpośredniego opatrywania ran, podał Engelbrecht. (Ztbl. f. Chir. 1913, Nr 51). K.

Na rany ziarnkujące, uporczywie się niegojące, zaleca Mertens przylepiać t. zw. helfoplast, który wywołuje bardzo szybko pokrywanie się ubytków naskórkiem. (Münch. med. Woch. 1913, Nr 50). K.

Przy odmrożeniach na wojnie radzą Massari i Kronenfels o ile możności postępowanie zachowawcze z odczekiwaniem suchego obumarcia i demarkacyi. (Wien. kl. Woch. 1913, Nr 44). K.

Sodę zwykłą przy oparzeniach zaleca Schudel (potwierdzając uwagi Bambergera). Koi ona szybko ból i zapobiega wytworzeniu się pęcherzy, jeżeli zastosuje się ją rychło. (M. m. W. 1914, Nr 3). K.

Przy trądziku (acne) zaleca Buchholz zewnętrznie wcierania proszku, złożonego z drożdży i kwasu borowego. (Berl. kl. W. 1914, Nr 5). K.

Przy szczelinach i rankach brodawki sutkowej działa podług Neubauera znakomicie gojąco 10% maść euguformowa (produkt kondensacyi gwajakolu i formaldehydu). (Deut. med Woch. 1913, Nr 49). K.

Ovaraden stosował z powodzeniem Roemheld (Med. Klinik 1914, Nr 6) przeciw otyłości, powstającej często u kobiet w okresie przekwitania i po wyjęciu jajników, a nie dającej się usunąć dyetą odtłuszczającą. Kn.

Narkofinę w toku porodu i w połogu stosował Klaus w klinice Kleinhansa w Pradze w 90 przypadkach w postaci wstrzykiwań z ampułek, zawierających 1 cm³ płynu (0,03 narkofiny). Narkofina okazała się użytecznym środkiem do łagodzenia zbyt dotkliwych bólów porodowych, przewyższającym pantopon tem, że jest mniej szkodliwą i że siłę skurczów macicy stosunkowo mniej od pantoponu osłabia. (Münch. med. Woch. 1914, Nr 4). Bh.

Sprawy Towarzystw naukowych

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne z d. 2. XII. 1913.

I. Bondy L przedstawił 7-letnią dziewczynkę z typowym zbiorem objawów **obrzęku śluzowatego.**

II. Landau St: **O wrzodzie okrągłym żołądka i gastroenterostomii.** Na wstępie omówił L. przypadek wrzodu okrągłego odźwiernika, zakwalifikowany do gastroenterostomii wskutek gwałtownych bolów, nie uspokajających się po zwykłem leczeniu wewnętrznem. Opierając się na przypadku powyższym oraz kilku innych nieoperowanych, dotknął L. kilku zagadnień z zakresu patologii wrzodu trawiennego, a mianowicie: 1) różniczkowego rozpoznania wrzodu okrągłego jamy odźwiernikowej i dwunastnicy, 2) wskazań do operacyi przy wrzodzie trawiennym z uwzględnieniem gastrojejunostomii i resekcyi, 3) wpływu gastroenterostomii tylnej pozaokrężniczej na czynność ruchową i wydzielniczą żołądka i 4) t. zw. usposobienia do wrzodu trawiennego. W rozpoznaniu różniczkowem omówił L. dwa punkty: wywiady i rentgenografię. Co się tyczy wywiadów, to L. dochodzi do wniosku, że uczucie t. zw. głodu bolesnego oraz bóle nocne nie są swoiste dla wrzodu dwunastnicy, gdyż spostrzegamy je również we wrzodzie żołądka. Jakkolwiek wrzód żołądka i dwunastnicy dają nieraz charakterystyczne obrazy rentgenograficzne, jednakże w wielu przypadkach samo badanie promieniami Roentgena jest niewystarczające. Przytoczywszy zasadnicze wskazania do zabiegu operacyjnego we wrzodzie trawiennym, L. zastanawia się nad rodzajem tego zabiegu i dochodzi do wniosku, że, jak dotąd, należy zabieg chirurgiczny ograniczyć do gastroenterostomii, gdyż resekcya daje niemal dziesięciokrotnie większy odsetek śmiertelności, a częste zwyrodnienie rakowate wrzodu trawiennego nie jest faktem bezspornym. Wpływ gastroenterostomii na czynność ruchową i wydzielniczą żołądka objaśnia L. zapomocą pokazu rentgenogramów i przytacza liczby, uzyskane przez zgłębnikowanie żołądka po operacyi. Gastroenterostomia obniża stopień kwaśności żołądkowej, zmniejsza czas, w jakim żołądek wypróżnia swą zawartość, wreszcie zmienia sposób i drogę tego opróżniania. W końcu L. omawia istotę t. zw. usposobienia do wrzodu trawiennego i związek, jaki istnieje między tem cierpieniem, a zaburzeniami w układzie wegetacyjnym. Tadeusz Borzęcki.

Towarzystwo lekarskie częstochowskie.

Posiedzenie w d. 25. X. 1913.

I. Prezes Biegański podaje do wiadomości, że w r. 1914 podczas Zielonych Świątek odbędzie się w Lublinie drugi Zjazd lekarzy prowincyonalnych i zachęca członków Towarzystwa do wzięcia czynnego udziału w Zjeździe. Do Komitetu pomocniczego zostali wybrani Biegański, Brzeziński i Rozenfeld.

II. Biegański: **Kilka uwag o rozpoznawaniu i przebiegu klinicznym włośnicy.** Referent miał sposobność spostrzegania w Sierpniu 1913 r. epidemii włośnicy, która wybuchła w Ciechocinku w jednym z pensyonatów. Zachorowało około 40 osób. Okres wylęgania wynosił od 3 do 14 dni. Im okres ten był krótszy, tem przebieg choroby był cięższy. Najwcześniejszym i bardzo charakterystycznym objawem był obrzęk powiek. Objawu tego brakowało tylko w dwóch przypadkach. Wbrew utartej opinii nie było wcale zaburzeń ze strony przewodu pokarmowego w postaci biegunki lub wymiotów. Częstą skargą był brak łaknienia i wstręt do jedzenia. Gorączka była we wszystkich przypadkach, w cięższych dochodziła do 40°, w lżejszych wahała się pomiędzy 37·5° 38·5°. Gorączce towarzyszyły obfite poty i upadek sił. Bólu głowy i bredzenia nie spostrzegano. Typ gorączki zwalniający, pod koniec choroby ze spadkami do poziomu prawidłowego. Czas trwania gorączki w przypadkach lekkich wynosił około tygodnia, w ciężkich — 6 tygodni. We wszystkich prawie przypadkach spostrzegano bóle, najczęściej w mięśniach udowych i międzyżebrowych. Bóle te jednak nie były tak silne, jak podają różne podręczniki. W jednym przypadku stwierdzono znacznie wzmożoną krzepliwość krwi. W tym samym przypadku w końcu choroby wystąpił zakrzep w żyle udowej. Rozpoznanie włośnicy opiera się głównie na stwierdzeniu gromadnego zapadania po spożyciu mięsa wieprzowego, z objawami obrzęku powiek, gorączką i bólami mięśniowymi. Badanie kału co do obecności włośni było wykonane tylko w jednym przypadku z wynikiem dodatnim. Badania krwi nie przedsiębrano. Co do powikłań, w jednym przypadku spostrzegano napady sercowe w postaci szybkiego, nikłego i niemiarowego tętna ze znacznym spadkiem ciśnienia krwi. Zwykłe środki sercowe, kamfora, kofeina, naparstnica, pozostawały bez skutku, względnie dobre wyniki dawały wstrzykiwania podskórne adrenaliny. W przypadku powyższym spostrzegano równocześnie obustronne przekrwienie opadowe płuc. Wszystkie przypadki zakończyły się pomyślnie, jakkolwiek kilka było bardzo ciężkich. Leczenie objawowe. Santonina i środki czyszczące bez skutku.

W dyskusyi zabierali głos Bogucki, Łokczewski, Pasierbiński.

III. Pasierbiński opisał przypadek **poronienia,** po którem pozostało w jamie macicy kilka kosteczek z czaszki i kończyn płodu. Poronienie odbyło się przed 5 miesiącami bez żadnych powikłań. Chora czuła się względnie dobrze i miesiączkowała prawidłowo. Przy badaniu nie stwierdzono żadnych zmian chorobowych, prócz jakiegoś ciała twardego w ujściu zewnętrznem macicy. Przy podjętem z tego powodu wyskrobaniu usunięto kilka kosteczek płodu. K. Rozenfeld.

Medycyna publiczna. Higiena.

O zwalczaniu chorób zakaźnych według nowej ustawy z 14. IV. 1913 dpp. Nr. 67.

podał

Dr Adolf Kuhn

c. k. krajowy inspektor sanitarny.

(Referat na Walnem Zgromadzeniu Związku lekarzy rządowych w Galicyi w d. 16. II. 1914).

(Dokończenie.)

Część II. Zarządzenia mające na celu zapobieżenie chorobom zakaźnym i ich zwalczanie (§ 6—§ 28).

§ 6. W każdym przypadku choroby lub podejrzenia co do choroby, podlegającej obowiązkowi doniesienia, mają być bezzwłocznie wydane zarządzenia dla zapobieżenia rozszerzeniu się choroby w myśl dalszych §§ ustawy, ewentualnie nawet przed ukończeniem dochodzeń po myśli § 5, t. j. zanim choroba zostanie rozpoznana z kliniczną ścisłością. Zarządzenia te mają być w każdej gminie, nawiedzonej chorobą zakaźną, ogłoszone w sposób w miejscu zwyczajny, taksamo ogłoszone być ma uchylenie tych zarządzeń.—Szkoda, że nie wspomniano tu o szczepieniach zapobiegawczych, tudzież o leczeniu chorych, które przecież n. p. przy jaglicy uznano za najskuteczniejszy sposób zwalczania choroby.

§ 7. Odosobnienie chorych i podejrzanych co do choroby zakaźnej, w pierwszym rzędzie ma wykonać gmina w poruczonym zakresie działania. Choroby zakaźne, przy których należy

wykonać takie odosobnienie i sposób, w jaki je należy wykonać, zostaną oznaczone rozporządzeniem. W razie, jeżeli w mieszkaniu chorego nie można w odpowiedni sposób wykonać odosobnienia, albo jeżeli zaniedbano odosobnienia, ma być (a więc imperatyw!) chory umieszczony w zakładzie dla chorych lub innej odpowiedniej ubikacyi; jedyną przeszkodę w takim razie mogą stanowić względy na stan zdrowia chorego.

W tym § są także postanowienia co do lokalów izolacyjnych i co do przewozu chorych. Niema wzmianki o personalu pielęgniarskim. Przy stosowaniu tego § należy oszczędzać funduszów gminnych, a ze względu na postanowienia § 32 ustawy — także państwowych (reskr. Min. spraw wewn. z d. 24. VII. 1913, l. 4454 s.).

§ 8. Odkażenie należy również w pierwszym rzędzie do obowiązków gminy w poruczonym zakresie działania. Zakażonych, względnie podejrzanych co do zakażenia przedmiotów nie wolno usuwać przed odkażeniem albo zniszczeniem, ani też wynosić z mieszkania. O wykonaniu odkażenia osoba, obowiązana wedle § 3, ma donieść naczelnikowi gminy. W razie potrzeby odkażenie ma być wykonane pod kierunkiem fachowym. Szczegółowe przepisy o odkażeniu będą wydane rozporządzeniem. Zachodzi pytanie, kto jest powołany do zarządzenia i nadzorowania odkażania w obrębie sądów. Co do przedsiębiorstw kolejowych prawdopodobnie będą dane wskazówki w rozporządzeniu, które ma być wydane wedle § 26 ustawy. Byłoby pożyteczne postanowienie, że odkażenie ma się odbywać bezpłatnie, przynajmniej w ograniczonym zakresie, n. p. w rodzinach niezamożnych lub przy niektórych chorobach. Ze względu na odkażenie końcowe powinno być obowiązkowem doniesienie ze strony lekarza ordynującego o skończeniu się choroby.

Wedle końcowego ustępu § 36 gminom niezasobnym szczególniej w powiatach granicznych, rząd ma w razie potrzeby dawać zasiłki na pokrycie wydatków, wynikających z wykonania §§ 7 i 8.

§ 9 postanawia, że mogą być wykluczeni z zakładów naukowych mieszkańcy miejscowości lub domów, w których pojawiła się choroba zakaźna; wdrożenie i wykonanie należy w pierwszym rzędzie do obowiązków gminy w poruczonym zakresie działania.

§ 10 zawiera postanowienia co do środków ostrożności ze względu na niebezpieczeństwo szerzenia się choroby za pośrednictwem wody. Dość dziwna, że do takich chorób zaliczono także jaglicę. I tu w pierwszym rzędzie powołana jest do działania gmina.

§ 11. Wydawanie środków żywności z lokalów sprzedaży, domów, a w razie potrzeby z pewnych obszarów, może być zakazane lub poddane pewnym ostrożnościom przy niektórych chorobach (także przy jaglicy). W pierwszym rzędzie powołana gmina.

§ 12. Przy groźniejszych chorobach zakaźnych przed wykonaniem odkażenia nie wolno osobom niepowołanym wchodzić do lokalów podejrzanych co do zakażenia i nie wolno sprawiać stypy pogrzebowych; zakaz ten nie tyczy się jednak niestety n. p. duru brzusznego i czerwonki. I tu do działania w pierwszym rzędzie powołana jest gmina.

§ 13. Zwłoki zmarłych z duru plamistego, ospy, cholery i dżumy należy z możliwym pośpiechem przenieść do kostnicy, w razie potrzeby nawet w drodze przymusowej. Przeniesienie zwłok do kostnicy może być zarządzone także przy płonicy, błonicy, wągliku i nosaciznie. W razie niemożności przeniesienia, należy zwłoki tak odosobnić, aby osoby niepowołane nie miały przystępu. Gdyby nie ten dodatek, mielibyśmy z tym § wiele kłopotu. Wdrożenie i wykonanie postanowień tego § należy także w pierwszym rzędzie do obowiązków gminy.

§ 14 wprowadza rzecz zupełnie nową. Przy durze plamistym, dżumie, durze powrotnym i żółtej febrze może być zarządzone tępienie szczurów, myszy i robactwa na koszt rządu. Nas głównie obchodzić tu będzie dur plamisty. Niestety przenoszenie tej choroby przez robactwo jest dotychczas tylko przypuszczeniem. Nie będziemy wprawdzie mieć skrupułów przy zarządzaniu tępienia robactwa, bo walka taka jest wskazaniem najprymitywniejszej higieny, ale niewątpliwie byłaby ona więcej celową, gdybyśmy znali drogi przenoszenia się duru plamistego podobnie, jak znamy je n. p. przy dżumie. I tu znowu gmina powołana jest w pierwszym rzędzie do wdrożenia i wykonania środków na zasadzie tego §.

§ 15 Zakaz tłumnego gromadzenia się ludności można wydać nietylko przy najgroźniejszych chorobach zakaźnych, ale także w razie gromadnego pojawienia się duru brzusznego, czerwonki, a nawet jaglicy (mowa tu zapewne o jaglicy ostrej). § 15 (podobnie jak § 20, 22, 23 i 24) jest osłabiony solennem zastrzeżeniem, iż może mieć zastosowanie tylko wyjątkowo, w razie wielkiego niebezpieczeństwa, szczególnie złośliwego przebiegu choroby lub wielkiego jej rozszerzenia się. Paragraf ten nie może być stosowany do regularnie, t. j. codziennie albo w oznaczonych dniach tygodnia powtarzających się czynności i zajść. Zwraca na to uwagę reskrypt Ministerstwa spraw wewn. z d. 26. VI. 1913, l. 2659 s.

§ 16. W razie niebezpieczeństwa powstania albo zawleczenia chorób zakaźnych z innych okolic oprócz zazwyczaj obowiązujących przepisów meldunkowych mogą być wprowadzone także szczegółowe przepisy co do zgłaszania obcych i miejscowych.

§ 17. Osoby, które trzeba uważać za roznosicieli zarazków, mogą być poddane obserwacyi i nadzorowi. W tym celu zarządza się: 1. specyalny obowiązek meldunkowy, 2. peryodyczne badanie lekarskie, 3. w razie potrzeby odkażenie, 4. odosobnienie w mieszkaniu, 5. ewentualnie odosobnienie w osobnych ubikacyach, z którem połączone będzie, 6. zaopatrywanie w żywność. Zarządzenia te muszą być wykonane przy najgroźniejszych chorobach: durze plamistym, ospie, cholerze azyat. i dżumie. Koszta nadzoru i odosobnienia osób, podejrzanych co do zakażenia, wedle § 36 d. pokrywa skarb państwa. Zachodzi tylko wątpliwość co do żywienia odosobnionych, gdy bowiem w ustępie pierwszym § 17 jest mowa o odosobnieniu i zaopatrywaniu w żywność, to w § 36 o żywieniu nie wspomniano — nie wiadomo więc, kto ma koszta żywienia ubogich odosobnionych pokrywać; prawdopodobnie gmina.

§ 18 tyczy się zamykania szkół i tym podobnych zakładów. Wedle § 43 należy ono w pierwszym rzędzie do obowiązków gmin w poruczonym zakresie działania. Jest to także nowość.

§ 19 tyczy się handlu obnośnego oraz innych czynności, wykonywanych sposobem wędrownym.

§ 20, tyczący się ograniczenia ruchu i zamknięcia przedsiębiorstw przemysłowych, był jedną z głównych przeszkód rychlejszego przyjęcia ustawy przez ciała ustawodawcze. Postanowienia tego § wedle reskryptu Ministerstwa spraw wewn. z 26. VI. 1913, l. 3659 s. mają być stosowane tylko w razie całkiem nadzwyczajnego niebezpieczeczeństwa. Środki z § 20 można stosować przy 6 groźniejszych chorobach zakaźnych, nadto także przy durze brzusznym i wągliku; o ile zaś to będzie dozwolone także przy innych chorobach zakaźnych, będzie określone w rozporządzeniu wykonawczem.

§ 21. Oznaczenie domów zapowietrzonych moze nastąpić przy najgroźniejszych chorobach zakaźnych, oznaczenie mieszkań zapowietrzonych przy płonicy, błonicy, zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych. Nie wolno więc oznaczać ani domów, ani mieszkań n. p. przy durze brzusznym i czerwonce.

§ 22. Opróżnienie mieszkań można zarządzić i przymusowo wykonać przy 4 najgroźniejszych chorobach zakaźnych. Wedle reskryptu Ministerstwa spraw wewn. z 26. VI. 1913, l. 3659 s. należy takie zarządzenie wydawać tylko przy większem niebezpieczeństwie, przy bardzo złośliwym przebiegu choroby lub jej nadzwyczajnem rozszerzeniu, jeżeli odosobnienie chorego po myśli § 7 w danym przypadku jest niemożliwe, a przewiezienie chorego bez szkody dla jego zdrowia jest niewykonalne, dalsze zaś trwanie istniejących stosunków mieszkaniowych, szczególnie w gęsto zaludnionych częściach miasta i w mieszkaniach przepełnionych, groziłoby niebezpieczeństwem nieobliczalnego rozszerzenia się choroby. Koszta z tych zarządzeń wynikające ponosi skarb państwa; i tu znowu zachodzi wątpliwość co do kosztów żywienia delożowanych osób, przewidzianego w § 22, a nie wymienionego w § 36 lit. e. Niesprawiedliwością się wydaje, że bezpłatne mieszkania dla delożowanych mają być dostarczone bezpłatnie tylko niezamożnym.

§ 23. Ograniczenie, wzgl. zakaz obrotu przedmiotami podejrzanymi co do zakażenia, a pochodzącymi z obszaru zapowietrzonego, można zastosować nietylko przy 6 groźniejszych chorobach zakaźnych, ale także przy durze brzusznym, czerwonce, jaglicy, wągliku i nosaciznie. I do tego § odnosi się zastrzeżenie reskr. Ministerstwa spraw wewn. z 26. VI. 1910, l. 3659 s., wspomniane wyżej przy § 22.

§ 24. Ograniczenie ruchu mieszkańców pewnych miejsco-

wości, jakoteż stykania się obcych z mieszkańcami takich miejscowości może być zarządzone przy 4 najgroźniejszych chorobach zakaźnych. Koszta. wynikające z tych zarządzeń, ponosi skarb państwa. Zastrzeżenie reskr. Min. spraw wewn. z 26. VI. 1913, l. 3659 s. odnosi się i do tego § (p. § 22).

§ 25 zapowiada rozporządzenie, które ma określić zarządzenia, mające na celu ochronę przeciw zawleczeniu chorób zakaźnych z zagranicy. Brak tu postanowień co do informacyi o chorobach zakaźnych w okręgach granicznych. Przy obradach nad ustawą wyrażono życzenie, aby w rozporządzeniu wykonawczem zwrócono uwagę na tę sprawę, w szczególności także w stosunku do Węgier, nadto także na ruch robotników z okolic zapowietrzonych i na sprawę wydalania robotników wędrownych w razie zachorowania.

§ 26 zapowiada rozporządzenie dla zakładów przewozowych jakoteż dla obszarów podległych władzy morskiej.

§ 27. Do zwalczania chorób, objętych ustawą, w pierwszym rzędzie mają być użyci lekarze gminni i okręgowi, jeżeli zaś ci nie wystarczają do skutecznego zwalczenia choroby, mogą być ustanowieni lekarze epidemiczni, których pobory należy określić w drodze umowy. Niejasny jest dodatek, że w razie zachorowania lekarze epidemiczni mają pobierać pełną płacę także wtedy, jeżeli choroba ich nie wywołuje (przemijającej) niezdolności do pracy zawodowej, bo przecież wtedy oni mogą i będą wykonywać pracę lekarzy epidemicznych, a w takim razie samo przez się rozumie się, że płacę pobierać będą. Należytości lekarzy epidemicznych pokrywa skarb państwa.

§ 28. Drogą rozporządzenia mogą być wydane osobne zarządzenia w sprawie wykonywania badań i prac nad zarazkami chorobotwórczymi, jakoteż w sprawie przechowywania ich i obrotu nimi.

Część III. Odszkodowanie i pokrywanie kosztów (§ 29—38).

Część ta zawiera wiele nowości, a w praktyce mieć będzie dla nas może największą doniosłość. Niestety budzi ona w kilku punktach poważne wątpliwości i dlatego wypada zastanowić się uważnie nad poszczególnemi postanowieniami tej części ustawy.

§ 29 ustanawia obowiązek uiszczania odszkodowania za przedmioty uszkodzone przy urzędowem odkażeniu lub za przedmioty zniszczone w celach odkażenia. Odszkodowanie wypłaca skarb państwa.

§ 30. Prawo do odszkodowania przepada, jeżeli właściciel lub posiadacz przedmiotów działał wbrew postanowieniom ustawy i rozporządzeniom, albo dopuścił się zaniedbania w tym względzie, lub jeżeli zabrał dany przedmiot, jakkolwiek wiedział albo mógł przypuszczać, że przedmiot jest zakażony lub że miał być poddany urzędowemu odkażeniu.

§ 31. Oznaczenie wysokości szkody określonej w § 29 ma nastąpić: 1. przez oświadczenie właściciela, posiadacza lub przechowującego przedmiot, 2. albo przez zaprzysięgłych znawców, 3. albo przez pewnych świadków. Jeżeli właściciel albo posiadacz przedmiotu zrzeknie się odszkodowania, odpada wszelkie szacowanie.

§ 32 zawiera bardzo ważne postanowienia, które muszą się spotkać z krytyką.

Za utratę zarobku wskutek zarządzeń, wydanych na podstawie §§ 7, 17, 20 i 22 ustawy, (odosobnienie chorych, odosobnienie roznosicieli, ograniczenie ruchu przedsiębiorstw przemysłowych, opróżnienie mieszkań) mają osoby niezasobne otrzymywać ze skarbu państwa wynagrodzenie, równające się 60% płacy dziennej zwyczajnych robotników, przyjętej w danym okręgu sądowym. Wynagrodzenia mają być wypłacane w gotówce, oczywiście tylko tym członkom rodziny, którzy zarobkowali, a przyznawane będą przez Namiestnictwo (§ 36), i to po zgłoszeniu pretensyi w oznaczonym terminie (§ 33).

Każde z tych postanowień będzie utrudnieniem naszej pracy przy zwalczaniu chorób zakaźnych. Wypłacanie gotówki będzie chybiać celu, bo wiadomo, że taka gotówka w naszych stosunkach najczęściej idzie na wódkę, a nie na poprawienie odżywiania rodziny, o które nam właśnie idzie. Jeżeli odosobniona rodzina składać się będzie n. p. z zarobkującego ojca i siedmiorga nieletnich dzieci, to zasiłek, wypłacony ojcu, nie wystarczy na wyżywienie całej rodziny. Zasiłek ma być przyznawany przez Namiestnictwo, a procedura wedle reskryptu Ministerstwa spraw wewn. z 26. VI. 1913, l. 3659 s. ma być taka, że starostwo ma wdrożyć dochodzenia i wynik przedłożyć Namiestnictwu, które wyda orzeczenie, pozostawiając prawo odwołania się do Ministerstwa spraw wewn. W ten sposób, jakkolwiek w końcowem zdaniu § 33 powiedziano, że wypłata odszkodowań, wzgl. wynagrodzeń na utratę zarobku ma nastąpić jak najrychlej,—wobec tej długiej procedury dopiero po kilku tygodniach, a może miesiącach od zgłoszenia pretensyi niezamożny otrzyma zasiłek, z reguły po niewczasie, po przebyciu choroby o chłodzie i głodzie. Dotychczas mogliśmy rodzinom, nawiedzonym chorobą zakaźną, potrzebującym czy żywności, czy opału, służyć doraźną pomocą, dostarczając potrzebnych rzeczy »in natura« i temu zawdzięczaliśmy w ostatnich czasach dobre wyniki naszej pracy, n. p. przy durze plamistym; gdyż, dając pomoc doraźną, posiadaliśmy zaufanie ludności, które jest kardynalnym warunkiem skutecznej walki przeciw chorobom zakaźnym. Obecnie ma to ustać, a ludność prawdopodobnie nieraz będzie nas posądzać, że z naszej (t. j. lekarzy) winy pomoc przychodzi zapóźno.

§ 33. Osobną uwagę musimy poświęcić sprawie zgłaszania pretensyi o odszkodowanie za rzeczy zniszczone przy odkażaniu i o wynagrodzenie za utratę zarobku. Pretensye te mają być zgłaszane u władzy politycznej w przeciągu dni 30, licząc od wykonania odkażenia, albo od chwili zwrócenia przedmiotu odkażonego, albo od uwiadomienia o zniszczeniu przedmiotu, względnie od zawiadomienia o zarządzeniach władzy po myśli §§ 7, 17, 20 i 22 ustawy. W razie niezgłoszenia pretensyi w terminie gaśnie ona.

Nie wiadomo dotychczas, w jakiej formie ma nastąpić to zgłoszenie; prawdopodobnie będzie możliwe ustnie u naczelnika gminy. Wiemy atoli, kto ma zgłaszać pretensye. Będzie to człowiek przeważnie ciemny, który, jeśli nie przypomni mu terminu wójt lub lekarz powiatowy, łatwo postradać może prawo do odszkodowania. W każdym razie data zgłoszenia pretensyi musi być uwidoczniona na piśmie, również muszą być zapisywane u władzy, prawdopodobnie u naczelnika gminy, daty wykonania odkażenia, zwrotu przedmiotu, jakoteż data ogłoszenia zarządzeń po myśli §§ 7. 17, 20 i 22. Obawiać się należy, że ten § przysporzy wiele czynności lekarzom powiatowym.

§ 34 przyznaje i normuje pensye dla lekarzy, którzy przy zwalczaniu chorób zakaźnych, objętych ustawą, stali się niezdolni do wykonywania zawodu, tudzież zaopatrzenia dla rodzin po lekarzach, zmarłych przy zwalczaniu chorób zakaźnych, a

§ 35 normuje pensye, wzgl. zaopatrzenia dla pielęgniarzy i ich rodzin, tudzież dla osób zajętych przy przewozie chorych i przy odkażeniu.

§ 36. W 12 punktach wymieniono tu koszta, które pokrywane będą ze skarbu państwa. Uwagi do poszczególnych punktów uczyniłem już wyżej przy dotyczących §§. Podnieść tu jeszcze muszę, że koszta leczenia nie są wymienione w tym §, dalej i to, co zresztą już wyżej podniosłem, że co do wszelkich pretensyi, roszczonych na podstawie ustawy, orzekać ma Namiestnictwo z prawem rekursu do Ministerstwa spraw wewn.

Bardzo ważne postanowienia zawiera ustęp końcowy § 36; mianowicie rząd ma w razie potrzeby udzielać gminom niezasobnym, szczególnie w powiatach granicznych, zasiłków na pokrycie kosztów, wynikających z zastosowania §§ 7 i 8 (odosobnienie chorych i odkażenie). Wedle reskryptu Ministerstwa spraw wewn. w porozumieniu z Ministerstwem skarbu podania gmin mają być zaopatrzone dowodami, 1) że gmina jest niezasobna (bedürftig), 2) że zachodzi potrzeba udzielenia zapomogi, 3) musi być stwierdzonem, że zarządzenia gminy były wedle ustawy i wedle uznania właściwych organów sanitarnych konieczne, 4) wydatki gminy muszą być szczegółowo wykazane i musi być stwierdzone, że były one odpowiednie.

§ 37 tyczy się zwrotu kosztów przez strony na rzecz gminy. Na razie rzecz ta należy jeszcze do przyszłości, gdyż postanowienia w tym względzie mają być wydane w drodze ustawy krajowej, na którą obyśmy nie długo czekali!

§ 38 dotyczy nagród za »nadzwyczajną i ofiarną pracę« przy zwalczaniu chorób zakaźnych w kwocie aż do 200 koron.

Część IV. Postanowienia karne (§§ 39—42).

Gdy dotychczas w toku postępowania przeciw epidemiom można było karać tylko za przekroczenia zarządzeń, specyalnie przy każdej epidemii wydanych i ogłoszonych, to obecnie istnieje cały szereg przepisów, które jako ustawowe muszą być ogólnie znane i których nieznajomością nikt tłomaczyć się nie może.

§ 39 wymienia zaniedbanie obowiązku doniesienia lub mel-

dowania jako przekroczenie, które przez starostwo ma być karane grzywną do 100 K lub aresztem do 8 dni.

§ 40. Wszystkie inne działania i zaniechania, przeciwne ustawie albo zarządzeniom na mocy ustawy wydanym, będą karane przez starostwo grzywną do 200 kor. lub aresztem do 14 dni, o ile nie podpadają pod ustawę karną.

Widzimy więc, że stosunkowo najłagodniej traktuje ustawa zaniedbanie doniesienia i meldowania.

§ 41 ustanawia fakultatywne prawo konfiskaty przedmiotów, jeżeli przechowanie ich, obchodzenie się z nimi lub ich używanie było przeciwne ustawie, wzgl. zarządzeniom wydanym na podstawie ustawy. Konfiskaty dokonać mają właściwie organa sanitarne. Obowiązkowa jest konfiskata przedmiotów w razie przekroczenia zakazu obrotu na podstawie § 25 (być może, że powinien tu być wymieniony także § 23), a przedmioty te mają być uznane przez starostwo za przepadłe i mają być zniszczone albo sprzedane w drodze licytacyi.

§ 42. Grzywny i kwoty uzyskane ze sprzedaży przedmiotów, uznanych za przepadłe, przypadają na rzecz gmin i mają być używane na cele zdrowotności publicznej.

Część V. Postanowienia ogólne.

§ 43 zawiera niesłychanie ważne postanowienia, a tyczy się kompetencyi władz.

Przedewszystkiem zaznaczono wyraźnie, że ustawa o chorobach zakaźnych nie narusza postanowień ustawy o organizacyi służby zdrowia z r. 1870. Na tej podstawie wdrożenie i przeprowadzenie 1) dochodzeń z § 5 ustęp 1, 2) zarządzeń z §§ 7—14, tudzież 18, jakoteż 3) współdziałanie na miejscu przy wszystkich innych zarządzeniach na zasadzie ustawy, należy do gmin w poruczonym zakresie działania. W ustępie trzecim tego § postanowiono, że przy 9 chorobach zakaźnych (nie zaliczono tu n. p. czerwonki, zapalenia opon i gorączki połogowej), oraz w innych wypadkach bardzo groźnego niebezpieczeństwa mają lekarze urzędowi (gminny, okręgowy, powiatowy) niezwłocznie na miejscu dokonać dochodzeń po myśli ustępu pierwszego § 5, tudzież wydać zarządzenia po myśli §§ 7 do 14. Wedle reskryptu Ministerstwa spraw wewn. z 26. VI. 1913, l. 3659 s. mają lekarze ci zaraz zawiadomić o swoich zarządzeniach swoją przełożoną władzę (a więc zwierzchność gminną, wydział powiatowy, starostwo). Z powyższego wynika, że n. p. zamknięcie szkoły, opróżnienie mieszkań, oznaczenie domów, czy mieszkań, odosobnienie roznosicieli, nie może być w żadnym przypadku zarządzone przez lekarze urzędowego niezwłocznie na miejscu. Ze szkołami będziemy mogli poradzić sobie w ten sposób, że skłonimy zwierzchność gminną, aby na zasadzie § 18 »wdrożyła i wykonała« zamknięcie szkoły.

Wszystkie dochodzenia i zarządzenia na zasadzie ustawy o chorobach zakaźnych, względnie nadzór nad zarządzeniami gmin i organów sanitarnych przysługują władzom politycznym. Tutaj godzi się przypomnieć, że na zasadzie § 6 ustawy o organizacyi służby zdrowia z r. 1870 powinny władze z reguły wydawać swoje zarządzenia po poprzedniem wysłuchaniu znawców.

§ 44 tyczy się szczególnych uprawnień władz sanitarnych i ich organów. Lekarze, powołani do zbadania przypadku choroby, są uprawnieni do odwiedzania chorego 1) po zawiadomieniu głowy domu lub osoby pielęgnującej chorego i 2) po porozumieniu się w miarę możności z lekarzem ordynującym. Osobom wysłanym przez władzę do wykonania odkażenia, nie może być wzbroniony przystęp do gruntów, domów, tudzież ubikacyi, jakoteż do przedmiotów zakażonych, również nie mogą być wzbronione zarządzenia, zmierzające do wykonania odkażenia. W razie zachodzącego podejrzenia zatajenia choroby zakaźnej albo ukrycia przedmiotów podejrzanych co do zakażenia, może starostwo wykonać rewizyę domu wedle §§ 3 i 5 ustawy z 27. X. 1862 dpp. nr. 68 (o ochronie prawa domowego).

Zachodzi pytanie, czy zastosowanie tej ustawy nie wyjdzie na szkodę walki z chorobami zakaźnemi, gdyż ta ustawa krępuje rewizye licznemi formalnościami, jak: pisemna delegacya urzędnika do przeprowadzenia rewizyi, obowiązek dokonania rewizyi wobec dwóch świadków i protokolanta, obowiązek spisania protokołu z dokonanej rewizyi. Niewątpliwie przez te formalności wykonanie rewizyi musi uledz zwłoce, co może mieć fatalne następstwa, nie mówiąc już o tem, że pociąganie świadków i protokolanta do mieszkania, w którem zatajono chorego, n. p. na dur plamisty, byłoby przecie bardzo niewłaściwe.

§ 45 tyczy się zarządzeń władz wojskowych i porozumienia między władzami wojskowemi a władzami sanitarnemi,

§ 46 zaś rekursów przeciw orzeczeniom i zarządzeniom, wydanym na zasadzie ustawy o chorobach zakaźnych.

§ 47. Osoby obowiązane do donoszenia i meldowania nie opłacają taryfy pocztowej i telegraficznej.

§ 48 znosi obowiązujące poprzednio §§ 393—397 ustawy karnej. Tyczyły się one: (§ 393) występków przeciw zakładom dżumowym; (§ 394) kary za ukrycie przedmiotów, które były własnością osoby zmarłej na chorobę zakaźną; (§ 395) przekroczeń posługaczy chorych, służby i współmieszkańców, którzy zabrali jakieś przedmioty, przeznaczone do zniszczenia albo oczyszczenia; (§ 396) przekroczenia przywłaszczenia sobie jakiegoś przedmiotu przez sługę; (§ 397) przekroczenia, które popełnia ten, kto takie przedmioty świadomie kupuje. Zniesiono również patent z 21. V. 1805, zawierający przepisy celem zapobieżenia zawleczeniu dżumy.

Z wejściem w życie ustawy, względnie wydanego na jej podstawie rozporządzenia, tracą moc obowiązującą wszystkie przepisy, odnoszące się do spraw, unormowanych ustawą, względnie rozporządzeniem. Reskryptem z 17. VII. 1913, l. 4716 s. Ministerstwo spraw wewn. wyjaśniło, że dawniejsze przepisy co do spraw, dla których w ustawie zapowiedziano uregulowanie w drodze rozporządzenia, obowiązują dotychczas, a stracą moc obowiązującą dopiero wtedy, gdy wejdzie w życie odnośne rozporządzenie. Wedle tego możemy przepisywać zakaźnie chorym leki i surowice lecznicze na koszt publiczny, podobnie jak czyniliśmy poprzednio, stosując się do dawniejszych przepisów.

§ 49. Przytoczono tu § 393 ust. karnej w nowem brzmieniu. Grzywną od 10—1000 K lub aresztem od 3 dni do 3 miesięcy będzie karany ten, kto dopuścił się działania lub zaniechania, co do którego mógł przewidzieć, że może ono sprowadzić rozszerzenie się choroby zakaźnej. Jeżeli zaś czyn spowodował ciężkie uszkodzenie ciała lub śmierć człowieka, kara ma być wymierzona wedle § 335 u. k., a więc areszt od 1—6 miesięcy, względnie areszt ścisły od 6 miesięcy do 1 roku. Jeżeli czyn popełniono wśród okoliczności szczególnie niebezpiecznych, będą stosowane kary przewidziane w § 337 u. k. (6 mies. do 3 lat) i § 432 u. k. Co ten ostatni § tu znaczy, nie można się domyśleć, gdyż tyczy on się lekkich przekroczeń przeciwko bezpieczeństwu zdrowia w ruchu kolejowym i t. p.

§ 50. Ustawa weszła w życie, a zatem zaczęła obowiązywać z dniem ogłoszenia, t. j. 25 kwietnia 1913.

III. Zjazd balneologiczny polski

połączony ze Zjazdem turystycznym, urządzony staraniem Pol. Tow. balneologicznego i Krajowego Związku dla popierania ruchu obcych, odbędzie się w Krakowie w dniach 4, 5, 6 maja b. r. z następującym programem:

3 maja o 8 wieczorem: zebranie towarzyskie celem wzajemnego poznania się w sali Grand-Hotelu (ew. wspólna kolacya, menu 3 kor. bez napojów). — 4 maja o 9 rano: msza w kościele św. Mikołaja, o 10 rano: otwarcie Zjazdu i I posiedzenie, o 3 pop. II posiedzenie, o 8 wiecz.: bankiet w lokalu Hawełki (I piętro). — 5 maja o 9 rano: III posiedzenie, o 3 pop.: IV. posiedzenie. — 6 maja o 10 rano: zamknięcie Zjazdu, popołudniu: wspólna wycieczka do Wieliczki, wieczór: ewentualny wspólny odjazd do Zakopanego.

Odczyty i referaty zgłosili dotychczas: Prof. Walery Jaworski (Kraków), Prof. Marchlewski (Kraków), Dr Chłapowski (Poznań), Dr Józef Jaworski (Warszawa), Doc. Latkowski (Kraków), Doc. Seńkowski (Kraków), Dr Aschkenazy (Lwów), Dr Mikołajski (Lwów), Dr Kmietowicz (Krynica), Dr Pelczar (Truskawiec), Dr Beres (Kraków), Dr Zanietowski (Kraków), Dr Aronsohn (Krynica), Dr Wąsowicz (Krynica).

Dalsze zgłoszenia odczytów, referatów i udziału w Zjeździe wraz z wkładką 10 koron należy przesyłać pod adresem Biura Zjazdu (Kraków, Związek turystyczny, ul. Szpitalna L. 36).

Za Komitet gospodarczy Zjazdu

Prezes: Dr Cercha. Sekretarz: Dr Zanietowski.

†

Dr Aleksander Wojnicz.

Ciężką stratę ponosi najstarsze z naszych Towarzystw lekarskich, wileńskie, a wraz z niem cały polski świat lekarski.

Czem był ś. p. Aleksander Wojnicz dla Towarzystwa lekarskiego wileńskiego i dla lekarzy Polaków na Litwie, tkwi żywo w pamięci wszystkich, bowiem zaledwo rok temu obchodziliśmy 35-letni jubileusz Jego pracy zawodowej. Stanęły wtedy w należytem świetle niepospolite zasługi skromnego a nieznużonego pracownika, któremu Towarzystwo wileńskie i związana z niem tradycya zawdzięcza przetrwanie chwil najcięższych. Bo był czas, kiedy ś. p. Dr Wojnicz z garstką równie, jak On, poświęconych sprawie towarzyszy, podtrzymywał chwiejący się byt tego najstarszego naszego zrzeszenia naukowego, były chwile, gdy był w niem niemal wszystkiem. Przez cały zaś czas swego pobytu w Wilnie pracował w niem nieustannie, kolejno jako bibliotekarz, sekretarz, wiceprezes, wreszcie od r. 1902, przez lat kilkanaście, jako prezes. Śmiało powiedzieć można, że gdyby nie On, możeby już nie było tego Towarzystwa.

Aleksander Wojnicz urodził się 2 listopada 1843 r. w Wilnie, przeszedł szkoły średnie w Słucku, następnie studyował w Petersburgu nauki przyrodnicze i uzyskał tamże w r. 1873 stopień kandydata tych nauk. Dalsze lata poświęcił nauce medycyny w petersburskiej Akademii medyko-chirurgicznej, którą ukończył w r. 1878 »cum eximia laude« i w której był asystentem fizyologów prof. Woroszyłowa i Tarchanowa. Jako lekarz wojskowy, odznaczył się potem znakomitą pracą organizacyjną przed wojną turecko-rosyjską, dalej przy zwalczaniu epidemii duru, epidemii dżumy w gubernii astrachańskiej (1879), wreszcie przez zbadanie warunków sanitarnych Kałmuków i Kozaków dońskich. Wyróżniony podziękowaniem ministra wojny, uzyskał w r. 1880 przeniesienie do Wilna, gdzie odtąd z poświęceniem pracował dla dobra rodzinnego miasta. Jemu to zawdzięcza Wilno pierwszą pracownię dyagnostyczną, od r. 1886 objętą przez Towarzystwo lekarskie, a stanowiącą ognisko poważnej pracy dla licznego grona lekarzy, które umiał koło siebie skupić. Wreszcie w r. 1908 usilne Jego starania doprowadziły do utworzenia stacyi analitycznej miejskiej. W pracach społecznych brał zawsze żywy i gorący udział.

Godność członka honorowego, którą Go odznaczyły Towarzystwa lekarskie wileńskie i krakowskie, oraz myśl utworzenia stypendyum Jego imienia przy Towarzystwie lekarskiem wileńskiem, świadczą o uznaniu, jakie sobie pracą swą zdobył.

Pamięci Jego hołd i cześć! c.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 11. III. b. r. posiedzenie, na którem po uczczeniu pamięci zmarłych członków honorowych, Dr Dobrzyckiego i Dr Wojnicza, odbył się wykład Dr Spiry: O niemocie słyszącej. W dyskusyi przemawiali kol. Rydel i Radliński.

— Krajowa Rada zdrowia zajmowała się na posiedzeniu w d. 7. III. b. r. we Lwowie sprawą utworzenia kilku nowych okręgów sanitarnych, podwyższenia taks szpitalnych w niektórych szpitalach, zakładu szczepień ochronnych przeciw wodowstrętowi, ochrony macierzyństwa (wskutek uchwał XI Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich), katechizmu higienicznego Dr Sawickiego i poradnika epidemiologicznego Dr Ozarkiewicza.

Prezydentem swym wybrała Rada dotychczasowego wieloletniego wiceprezydenta, Prof. Dr Schramma, a wiceprezydentem r. dw. Prof. Dr A. Gluzińskiego.

— Prezydent Izby lekarskiej w Krakowie Dr Stefan Schöngut został w miejsce ś. p. Dra Festenburga kooptowany do Wydziału wykonawczego Izb lekarskich austryackich w Wiedniu.

— Prezesem Izby lekarskiej we Lwowie wybrany został Dr Jan Papée, wiceprezesem dyr. Dr Kohlberger.

— Niedawno zmarły Dr Alfred Burzyński ze Lwowa zapisał cały swój majątek, około pół miliona koron, na wakacyjne kolonie skautowe dla młodzieży, kończąc testament swój słowami: »Niech to będzie ku pożytkowi kochanej Ojczyzny«.

— Towarzystwo asystentów Uniwersytetu lwowskiego ogłasza, że z dniem 1. kwietnia b. r. rozpoczną się kursa przygotowawcze do egzaminu fizykackiego w terminie majowym. Kursa prowadzić będą: 1) z medycyny sądowej — Dr Singalewicz, 2) z chemii — Dr Browiński i Dr Mostowski, 3) z higieny i bakteryologii — Dr Steising, 4) z farmakognozyi — Dr Mazurkiewicz, 5) z toksykologii — Dr Czubalski. W zakres kursów wchodzi cały materyał teoretyczny i ćwiczenia praktyczne. Zgłoszenia na kurs należy kierować do »Komisyi kursów asystenckich« na ręce Dra J. Browińskiego we Lwowie, ul. Piekarska 52; on też udziela wszelkich informacyi.

Na pomnik Karola Marcinkowskiego złożył w dalszym ciągu: Dr Stanisław Poźniak z Krakowa 5 kor.

Ogółem złożono dotąd w Redakcyi »Przeglądu lekarskiego« 310 kor.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 22. II. do 28. II. 1914 zgłoszono przypadków: błonicy 6 † 2 (obcych 3 † —), krztuśca 4 † 1 (— † —), ospy wietrznej 1 † — (— † —), płonicy 7 † — (4 † —), odry 13 † — (1 † —), duru brzusznego — † — (— † —), zapalenia opon m. 1 † —, róży 1 † —.

Dr Janiszewski.

Warszawa. Nagrodę im. E. Biernackiego, wyznaczoną przez redakcyę »Medycyny i Kroniki lekarskiej«, przyznał sąd konkursowy Dr Matyldzie Biehlerowej za pracę: »O nadnerczach, ich budowie, składzie chemicznym i czynnościach fizyologicznych«.

Z różnych stron. Wyniki wyborów w Polskim Związku lekarzy i przyrodników w Petersburgu są następujące: prezesem został obrany prof. Dr Stanisław Zaleski, skarbnikiem Dr K. Uliński, bibliotekarzem Dr Leon Jastrzębski. — Wydział lekarski: wiceprezes Doc. Dr Zdzisław Sowiński, sekretarz naukowy: Dr Bolesł. Wilamowski, sekretarz administracyjny Dr Jan Fiedorowicz-Weder. — Wydział przyrodniczy: wiceprezes prof. Henryk Merczyng, sekretarz inż.-kom. Alfred Rundo. — Wydział techniczny: wiceprezes: inż.-górn. Zygmunt Kotarski, zastępca: inż.-kom. Jan Berkiewicz, sekret.: inż.-tech. Stanisław Korsak i inż.-techn. Zbigniew Fabierkiewicz. — Wydział farmaceutyczny: wiceprezes p. Edmund Chrzanowski, sekretarz mag. Witold Boharewicz. — Wydział odontologiczny: wiceprezes lek.-dent. Maurycy Pożaryski, sekret. lek.-dent. Tadeusz Łypaczewski. — Komisya rewizyjna: Dr Świątecki (przewodniczący) Dr Al. Karnicki, Dr Urb. Wierciński, inż.-górn. Stefan Czarnocki, Dr Adam Huszcza, adw. przys. Walery Rogójski. — Komitet budowy szpitala: Dr Eug. Marcinkiewicz (przewodniczący), Dr Jan Hattowski — skarbnik, Dr Ksawery Jaxa-Bykowski i Dr Wojciech Kozłowski (sekretarze).

Prócz wymienionych w »Przeglądzie« Nr 8 jednomyślnie przez aklamacyę został obrany członkiem honorowym »Związku« Prof. Dr Józef Ziemacki. — Na członków honorowych »Rady« zostali powołani członkowie honorowi »Związku« Prof. Otton Czeczott i Prof. Józef Ziemacki.

Mianowani: internista Dr L. R. Müller profesorem polikliniki w Würzburgu.

Naturalna
Szczawa Bilińska
Najobfitsza alkaliczna
(sód-lit) szczawa
Czech.
148

Zmarli: bł. p. Ludwik Chwat, jeden z najstarszych lekarzy warszawskich (ur. w. r. 1831, syn żołnierza wojsk polskich i uczestnika wojen napoleońskich), były ordynator oddziału chirurgicznego szpitala starozakonnych i naczelny lekarz szpitala dziecięcego im. Baumanów i Bersonów, którego był współzałożycielem, radca stanu, kawaler orderów, w 83 r. ż. w Warszawie; chirurg Prof. Joachimsthal w Berlinie; Dr Leon Kaczmarkiewicz w Sieradzu w 50 r. ż.

Redakcya otrzymała. Baurowicz: Eine ungewöhnliche Geschwülst des äusseren Gehörganges (Monat. f. Ohrenh. 1913). — Maybaum: Stan obecny nauki o wrzodzie dwunastnicy (Med. i Kron. lek. 1913). — Czajkowski: Z wycieczki naukowej do Berlina i Monachium (Gaz. lek. 1914). — W. Nowicki: 1) O stosunku chromaffiny do adrenaliny w nadnerczach (Przegl. chir. i gin. 1912). 2) Odma pęcherzykowa pęcherza moczowego (Tyg. lek. 1914). 3) Über Harnblasenemphysem (Virchows Archiw. 1914). — Służewski: Sprawozdanie o stosunkach zdrowotnych m Podgórza w r. 1913. — Teodorowicz: Przyroda i literatura Truskawca. Drohobycz 1914.

Bibliografia.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in 12 Monatsheften. 1914. Nr 3. (Monachium, J. F. Lehmann). Zesz. 3. Cena 2·50 mk.

Tegoroczny zeszyt marcowy, przeznaczony jak zwykle na rozprawy z zakresu chorób trawienia, przemiany materyi i narządów krwiotwórczych, zawiera pięć prac, a mianowicie: 1) Prof. Fleinera o stosunku owrzodzeń i krwotoków w przewodzie pokarmowym do chorób serca i tętnic, 2) Prof. Straussa i Dr Lera o postępach nauki o chorobach trawienia, 3) Prof. Schadego o fizykochemicznych właściwościach surowicy, 5) Prof. E. Mayera o niedokrwistościach.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 18. marca 1914 w domu Towarzystwa (Radziwiłłowska 4). o godz. 6 wieczorem.** Na porządku dziennym wykład Prof. Rosnera: Ciąża, a złośliwe nowotwory odbytnicy.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Wpływ **lecytyny-perdynaminy** na indeks opsoninowy. Prof. Strubell (Zentr. f. Bakteriol.) T. 68. Z. 5—6 pisze:

»Na wszelki przypadek jest to nadzwyczaj dziwne, że tak często zauważone, korzystne działanie kliniczne przetworów lecytynowych na przemianę materyi podupadłych, anemicznych i nerwowych osobników uzyskuje tak dobitne potwierdzenie przez wpadający w oczy wzrost opsoninowego indeksu wobec gruźlicy i gronkowców, jak wykazaliśmy to na podstawie naszych doświadczeń z lecytyną-perdynaminą«

A na innem miejscu (Berl. kl. Woch. 1913 Nr 22):

»Najbardziej znamiennem wydaje się mi długotrwające działanie, jeżeli zważymy, że chodzi tu o jednorazowe zażycie trzech łyżek przetworu, uchodzącego ogólnie za niewinny przyjemny i korzystnie działający środek wzmacniający. Musimy więc na podstawie doświadczeń przyjąć jako fakt pewny, że możemy zapomocą takiego przetworu, jakim jest lecytyna-perdynamina uzyskać głębiej sięgające fizyologiczne działanie, aniżeliśmy dotychczas przypuszczali, działanie, tłómaczące lepiej niż do tej pory, korzystny wpływ tego przetworu«. Raup. W.

HUNYADI JÁNOS
GORZKA WODA NATURALNA
NAJLEPSZY ŚRODEK CZYSZCZĄCY
ZWRACAĆ UWAGĘ NA FIRMĘ ANDREAS SAXLEHNER NA KAŻDEJ ETYKIECIE

MATTONIEGO GIESSHÜBLER
naturalna szczawa alkaliczna
NAPÓJ ORZEŹWIAJĄCY STOŁOWY,
SKUTECZNY BARDZO NA KASZEL W CHOROBACH ONGI, KATARACH ŻOŁĄDKA I PĘCHERZA.

JODTRANOL (Matula)
Likier żelazisto jod-peptonowy składu 0·60% Fe, 0·10 Mn i 0·03% jodu, dobrego i przyjemnego smaku.
w działaniu zastępuje w zupełności Tran. (Ol. Jecoris).
Sposób użycia: jak Liq. Mangano ferri peptonati. Cena 2 K 60.
Polecone przez Świetne Tow. lekarskie krakowskie
Z pomiędzy dziś znanych przetworów żelazistych jest najłatwiej strawnym i nie psującym zęby środkiem
LIQUOR MANGANO FERRI PEPTONATI
składu 0·60% Fe i 0·10 Mn wyrobu
aptekarza D. MATULI w Podgórzu (Kraków).
Polecany jako środek lekko strawny, pobudzający apetyt, w błednicy, niedokrwistości, zimnicy, w zołzach, kobiecych i nerwowych cierpieniach. 206
Sposób użycia: Dzieciom do lat 12 daje się 2 razy dziennie po łyżeczce od kawy z mlekiem; osoby dorosłe używają 2—3 razy dziennie po łyżce stołowej.
Na składzie w każdej większej aptece. Cena 2 Korony 40 halerzy.
Dwie flaszki posyłam franco.

NATURALNA SÓL SZPRUDLA jest jedynie prawdziwą solą KARLSBADU
Zastrzega się przed falsyfikatami 147

Szczawa Krondorfska uznana za najlepszą i naturalną
Najlepsze skutki w nieżytach żołądka i pęcherza, jakoteż dróg oddechowych. 205
Prospekty rozsyła na żądanie Brunnen-Unternehmung Krondorf bei Karlsbad lub też Generalna reprezentacya dla Galicyi i Bukowiny. Kraków. Grodzka 48. Lwów. Sykstuska 31.

TRAN JODOWO ŻELAZISTY
Zawiera równie jak tran Lahussena 100 gr. tranu 0·20 jodku żelaza. Przetwór ten leczniczy sporządzono na najlepszym tzanie Meyera jest przeto smaczny i nie psuje żołądka.
Tran jodowo-żelazisty Wiszniewskiego może być z dobrym skutkiem zalecany w chorobach płuc, zołzach, niedokrwności i t. p.
Sposób użycia: Dzieciom daje się 1—2—3 razy dziennie po łyżeczce po jedzeniu. — Dorosłym 1—3 łyżek dziennie. 221
Cena flaszki 1 K 20 hal. — Wyrób własny i skład główny w aptece
K. WISZNIEWSKIEGO w Krakowie.
We Lwowie na składzie w aptece PIOTRA MIKOLASCHA.

Rok LIII. Kraków, dnia 21. marca 1914 Nr 12

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z oddziału chorób wewnętrz. szpitala krajowego w Sarajewie.

Kilka uwag i spostrzeżeń o nerwicach wegetatywnych.

Skreślił

Prof. Dr L. Korczyński.

(Ciąg dalszy).

Wymienione właśnie szczegóły zdają się zasługiwać tembardziej na uwagę, skoro się uwzględni, że u wagotoników należy, o ile o tem sądzić mogę z moich własnych spostrzeżeń, do stałych zjawisk powiększenie gruczołu tarczowego. Jak się zachowują gruczoły przytarczyczne, o tem sądu wydawać nie mogę. Nie uważałbym jednak za niespodziankę, gdyby się w nich znalazły jakieś zmiany.

Powiększenie tarczycy nie jest nigdy znaczne, zawsze jednak o tyle wyraźne, że gruczoł wypukla się pod skórą. Z właściwym wolem nie spotkałem się dotychczas ani razu.

Nie tak stale, ale jednak nierzadko, stwierdzić można znamiona usposobienia zołzowego. Nie bywa ono wysokiego stopnia, zdradza się jednak w każdym razie większą grubością warg, soczystością i obrzęknięciem błony śluzowej nosa i gardła, znacznem powiększeniem migdałków, obecnością mniej lub więcej licznych gruczołów chłonnych na szyi, w pachach i w pachwinach. Obrzęk błony śluzowej gardła niema bynajmniej cech zapalnych. Przeciwnie błona śluzowa jest raczej blada, odznacza się przytem małą wrażliwością. Bardzo często nie można wprost wzniecić odruchu gardłowego. I może istotnie wolnoby było uważać takie zachowanie się gardła wraz z Hessem i Eppingerem za jeden z ważniejszych szczegółów rozpoznawczych dla wagotonii.

W związku z narządem chłonnym wspomnieć trzeba także i o grasicy. O ile t. zw. »status thymolymphaticus« należy do właściwości ustrojowych wagotoników, za czem się oświadczają, przynajmniej po części, niektórzy autorowie, trudno na razie rozstrzygać. Bardzo być może, że jest tak istotnie. U kilku młodocianych chorych, leczonych na moim oddziale, mogliśmy stwierdzić niezwykłe stłumienie odgłosu opukowego na mostku w tem miejscu, w którem leży grasica. Ale na to trzeba, aby gruczoł miał nieco większą objętość. Przy nieznacznej hiperplazyi trudno się spodziewać wyraźniejszych objawów fizycznych, a wykazanie, że gruczoł jest powiększony, albo, że istnieje jeszcze w tym okresie rozwoju cielesnego, w którym go zazwyczaj już nie spotykamy, jest bardzo niełatwe. Nawet prześwietlenie promieniami Röntgena zawieść tu może zupełnie.

Do stałych cech, spostrzeganych u osób z wyraźnemi oznakami podrażnienia autonomicznego, należą pewne zmiany w składzie krwi. Odnoszą się one w pierwszym rzędzie do wzajemnego stosunku ciałek białych. Obok eozynofilii, opisywanej przez wiedeńskich autorów, spotykaliśmy w naszych przypadkach stale znaczniejszą odsetkową ilość ciałek jednojądrzastych i to zarówno limfocytów, jak dużych leukocytów, oraz ciałek białych przejściowych. Ciałek białych neutrochłonnych bywało zawsze mniej, aniżeli to bywa w warunkach prawidłowych. Liczniejsze gromadzenie się ciałek eozynochłonnych i limfocytów zasługuje tem bardziej na uwagę, że spotykamy się z tem samem zjawiskiem także w stanach hipotyroidozy, zwłaszcza zaś w przypadkach obrzęku śluzowatego. Zupełnie podrzędne znaczenie mają zmiany, odnoszące się do ilości hemoglobiny i ciałek czerwonych. Limfocytoza i eozynofilia należą, zdaje się, do rzędu istotnych znamion wagotonii.

Ważną wreszcie powszechną cechą ustrojów wagotonicznych jest zachowanie się wobec trucizn autonomicznych z jednej, sympatykotropijnych z drugiej strony. Wobec pierwszych są one niezmiernie wrażliwe. Odczyn cechujący działanie, używanej najczęściej do badania tego odczynu trucizny, pilokarpiny, występuje już po małych dawkach. Niejednokrotnie mogliśmy stwierdzić, że po 5 miligramach leku zjawiało się bardzo rychło nietylko silne zaczerwienienie skóry, zwłaszcza twarzy i obfite pocenie się, ale także ślinotok, podrażnienie do wymiotów, czasem także wprost wymioty, niepokój w kiszkach, parcie do oddania stolca, wyjątkowo przypadłości sercowe z osłabieniem siły skurczów, zmaleniem i zwiotczeniem tętna, czasem z falami tętna t. zw. czynnego. U takich osób nie wywołują zwykłe dawki nadnerczyny ani cukromoczu, ani innych objawów podrażnienia nadnerczynowego.

Przejdziemy teraz do objawów wagotonii, wynikających ze zmienionej czynności poszczególnych narządów.

Wzmianka należy się tutaj na wstępie s k ó r z e. Bywa ona prawie zawsze soczysta, zwykle wilgotna, okazuje wielką skłonność do pocenia się. Nawet wśród badania stwierdzić można, jak u wielu osób rosą potu pokrywa się twarz,

zwłaszcza czoło i nos, i jak z pod pach spływają obfite krople potu po bocznych częściach klatki piersiowej. Chorzy sami skarżą się na to. Bardzo przykrem dla nich bywa zwłaszcza pocenie się rąk i nóg. Kończyny są bardzo często chłodne, niekiedy sinawe. Objawów tych nie możemy sobie dotychczas ściśle wytłómaczyć, ale stoją one niewątpliwie w związku z usposobieniem wagotonicznem. Jedna z naszych chorych, u której od czasu do czasu pojawiał się skurcz wpustu żołądka i kurcze połyku, podała w wywiadach, że wie naprzód o zbliżaniu się napadu i poznaje to po tem, że zaczynają jej ziębnąć i pocić się nogi. Wybiórcze trucizny z grupy t. zw. muskarynowej, do których obok muskaryny zaliczamy ze stanowiska farmakodynamicznego ezerynę, pilokarpinę, neurynę i t. d. działają niewątpliwie podniecająco na gruczoły potne. Przyjąć wobec tego należy, że gruczoły te podlegają wpływom bodźców autonomicznych. Sprawę zmian naczynioruchowych zostawić trzeba otwartą. Ale i tu wolno wyrazić przypuszczenie, że nerwy naczynioruchowe stoją w bliższym jakimś związku z układem nerwu błędnego. Uprawnia do tego spostrzeżenie, że skóra u wagotoników oznacza się niezwykłą wrażliwością wobec podniet wszelkiego rodzaju. Przez względnie lekkie przesuwanie po niej jakimkolwiek twardszym przedmiotem można na niej wprost pisać t. zw. liniami Trosseaua. Dermografizm jest jej bezsporną właściwością. Oznaką wielkiej wrażliwości całego układu skórnego jest także wielka skłonność do rozmaitego rodzaju osutek, i to nietylko przemijających, jak rumień nerwowy lub pokrzywka, ale także trwalszych, jak n. p. trądzik pospolity, wyprysk i t. p. W ostatnich czasach obudziło się także i w dermatologii zajęcie sprawą możliwego związku między zaburzeniami wegetatywnemi, a niektóremi chorobami skóry. O ileby się powiodło uzasadnić bliżej istnienie takiego związku, rozjaśniłyby się zapewne także i inne zagadnienia, odnoszące się do stosunków skóry z układem nerwowym wegetatywnym. Spostrzeżenia, poczynione w obrzęku śluzowatym i w pokrewnych mu sprawach, czynią tego rodzaju stosunki bardzo prawdopodobnymi.

Nieprawidłowe napięcie w zakresie mózgowych włókien nerwu błędnego odbija się nierzadko zmianami w stanie o k a. Do zmian, znanych najlepiej, należy wązkość źrenic. W całej pełni występuje ona na jaw zazwyczaj dopiero w okresie napadów nerwicy autonomicznej, bez względu na to, który narząd jest siedliskiem wyładowania. Znaną jest zresztą rzeczą, że u chorych na wiąd rdzenia, cierpiących od czasu do czasu na t. zw. przełomy, pojawia się prawie zawsze przed napadem zwężenie źrenic i że na tej podstawie wprost przepowiedzieć można zbliżanie się przełomu wiądowego. U niektórych z pośród moich chorych przydarzała się także nierówność źrenic.

Oprócz mięśnia zwężającego źrenicę zaopatrują włókienka autonomiczne także mięsień napinający soczewkę oka. Przez napięcie tego mięśnia przybiera ona kształt bardziej kulisty, skutkiem czego powstaje krótkowzroczność, wada, spotykana często u wagotoników. Bardzo niemiłem następstwem nadmiernego, okresowego napięcia bywa skurcz akomodacyi, ustępujący dopiero po pewnym czasie przy zachowaniu zupełnego spoczynku i po wkraplaniu do oka atropiny celem porażenia włókienek autonomicznych. Może on występować jako zupełnie samoistna nerwica, a później ustąpić miejsca objawom wagotonicznym, zgoła gdzieindziej usadowionym. Z przykładem takim spotkałem się niedawno u trzydziestokilkoletniej chorej, która w czasie nauki szkolnej, a nawet i później jeszcze, miewała napady skurczu akomodacyi. Obecnie istnieją u niej objawy autonomicznej nerwicy jelit.



Ryc. 1.

Ciekawem znamieniem wagotonii, a zarazem cennym dowodem wspólności fizyologicznej ocznych gałązek n. błędnego z gałęzią opuszkową są zmiany, powstające za uciskiem oka w czynności serca, opisane przez Aschnera. Przez ucisk, wywarty na gałki oczne, zwalnia się u wielu wagotoników bardzo wyraźnie tętno, fale jego maleją; często zatraca się rytm pierwotny. W kilku przypadkach zdarzało mi się spostrzegać nadto tak znaczne zwiotczenie tętna, że mówić było można wprost o tętnie dwubitnem. Stopień, w jakim te zjawiska występują, bywa nader różny. U jednych osób można je stwierdzić przez proste fizyczne badanie, u innych trzeba się uciekać do zdjęć sfigmograficznych i do oglądania obrazów tętna, a nawet i do mierzenia pojedynczych fal. Dla samego badania ważną jest rzeczą, aby ucisk nie był jednostajny, lecz przerywany. Właściwie lepiej byłoby mówić o szeregu wstrząśnień przez uciskające palce.

Na zakończenie uwag, odnoszących się do oka, wspomnieć jeszcze trzeba o zachowaniu się szpary powiekowej. W zestawieniu skutków podrażnienia obu wegetatywnych układów nerwowych zamieściliśmy po stronie autonomicznej, wśród mięśni, mięsień dźwigający powiekę. Otóż u wagotoników skutkiem znacznego stałego jego napięcia rozszerza się szpara powiekowa i rozszerzenie może być tak znaczne, że powstaje przez to wrażenie wystawania gałki ocznej. Dopiero przy

bliższem oglądaniu wychodzi na jaw, że złudzenie jest następstwem rozszerzenia szpary powiekowej. Wejrzenie oka, a przez to i cały wyraz twarzy są skutkiem tego wcale cechujące. Przekonać się o tem łatwo z ryciny (ryc. 1), sporządzonej z fotografii chorego na chorobę Addisona, a więc należącego do grupy patologicznej, w której liczyć się musimy ze znacznem napięciem w zakresie autonomicznym wprost skutkiem tego, że układ współczulny jest chory. U naszego chorego istniały istotnie liczne oznaki pobudzenia autonomicznego w postaci potów, biegunek, zwolnienia tętna obok, zwykłego w tych przypadkach, ogólnego osłabienia.

Eppinger i Hess mówią o częstym, niezbyt zresztą znacznym zezie zbieżnym i o wielkiej wytrzymałości mięśni prostych wewnętrznych i uważają te szczegóły również za następstwo znacznego, miarę fizyologiczną przechodzącego, napięcia ocznych gałązek n. błędnego. Ze zjawiskami temi spotykaliśmy się istotnie także w naszych spostrzeżeniach.

Przejdźmy teraz do narządu, który w codziennem życiu lekarskiem najczęściej bodaj daje sposobność do śledzenia rozmaitych objawów nieprawidłowej czynności, a nierzadko wymaga przy określeniu istoty i pochodzenia skarg chorych bardzo gruntownej rozwagi. Mamy tu na myśli narząd pokarmowy od samego początku, t. j. od jamy ust, aż do samego krańca, do odbytu. Zaburzenia, z któremi się tu spotykamy, rozdzielićby można, raczej wszakże tylko z dydaktycznych względów, na dwie grupy, grupę zboczeń wydzielniczych i grupę zboczeń ruchowych. Podział ten trudno wszakże wszędzie konsekwentnie utrzymać, gdyż czynnościowe zmiany wikłają się najczęściej ze sobą.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Spostrzeżenia z praktyki.

Przerwanie się pępowiny samorodne w czasie porodu.

Podał

Dr Pawlicki (Stary Sącz).

M. B. lat 30, mężatka, z B. Dwoje dzieci urodziła poprzednio prawidłowo; obecnie zaś, pomimo silnych bólów, poród nie postępował.

Wezwany przez położną, założyłem kleszcze na łóżku podłużnem i po kilku pociągnięciach wydobyłem główkę, resztę pozostawiając położnej, ponieważ musiałem na chwilę odejść. Zanim położna zbliżyła się do rodzącej, — macica wypchnęła płód tak szybko i gwałtownie, że pępowina przerwała się, i to w ten sposób, że krótsza jej część wystawała tuż przed sromem, a znacznie dłuższa pozostała przy płodzie. Oba wolne końce pępowiny były zupełnie gładkie, równe, jak nożem przecięte. Rodząca popadła w taką apatyę, że stała się zupełnie obojętną na wszystko, co się około niej działo.

Przypadek ten ma znaczenie sądowo-lekarskie, bo poucza, że pępowina może się przerwać i przy porodzie na łóżku, oraz że może wtedy wyglądać jakby przecięta.

Gdyby taki poród odbył się bez świadków, a noworodek zginął z upływu krwi, rodząca zaś, gdyby była podejrzana o dzieciobójstwo, — toby lekarz sądowy zapewne orzekł, że rodząca udzielała sama sobie pomocy i przecięła pępowinę, nie podwiązawszy jej umyślnie, aby krew uszła. A przecież byłoby to mylne.

Sprawozdania.

Sprawozdanie z podróży naukowej w zakresie dermatologicznym

odbytej z zasiłkiem Wydziału krajowego

przez

Dra Maurycego Spatza,
sekundaryusza szpitala powszechnego w Jarosławiu.

(Dokończenie).

W przyjmowaniu i leczeniu chorych kiłowych trzymano się zasady, aby chorych z pierwotnemi i jawnemi zmianami chorobowemi poddać energicznemu leczeniu na oddziale, a ambulatoryjnie leczyć tylko chorych w okresie późniejszym, dla otoczenia mniej niebezpiecznym. Liczba zgłaszających się chorych kiłowych była bardzo wielką. Codziennie na oddział przyjmowano 4—16, a czasami nawet w jednym dniu i 25 chorych ze świeżemi zmianami kiłowemi. W metodzie samego leczenia trzymają się zasady, aby leczenie rozpocząć jak najwcześniej i możliwie zapobiedz wnikaniu i rozprzestrzenianiu się krętków bladych z miejsca pierwotnego zakażenia drogą naczyń chłonnych i krwionośnych w tkanki i narządy dalsze.

Z chwilą stanowczego rozpoznania kiły metodą kliniczną, w przypadkach niepewnych drobnowidową przez stwierdzenie krętków bladych, lub serologiczną (Wassermann), wszczyna się energiczne leczenie swoiste, ogólne i miejscowe przetworami rtęci, jodu i arsenu (salwarsan).

W przypadkach chorobowych świeżych z wrzodem pierwotnym w pierwszym okresie chorobowym, to znaczy między 2. a 4. tygodniem przy zupełnym braku objawów ogólnych i przy ujemnym wyniku próby Wassermana, stosowano tak zwane leczenie swoiste poronne, mające na celu usunięcie z ustroju możliwie jak najwcześniej krętków bladych. Przy odpowiednich warunkach anatomicznych wycinano szeroko wrzód w tkance zdrowej, stosowano wcierania maści rtęciowej lub wstrzykiwania śródmięśniowe roztworu 10% salicylanu rtęciowego i równocześnie w przypadkach odpowiednich robiono wlewania śródżylne salwarsanu. Przy wrzodach nie nadających się do wycięcia, lub usadowionych w miejscu innem, jako to w gardle, na migdałku, wardze górnej itd., stosowano natychmiast wcierania, wstrzykiwania i salwarsan. Miejscowo stosowano na wrzody na prąciu lub innych miejscach, nadających się do tego, przylepiec rtęciowy. W przypadkach ze stulejką następową wypychano rowek wieńcowy prącia gazą, napojoną maścią rtęciową. W przypadkach kiły drugorzędnej i trzeciorzędnej stosowano tylko przetwory rtęciowe w postaci wcierań lub wstrzykiwań śródmięśniowych i przetwory jodu, nigdy zaś nie stosowano salwarsanu, który, jak wspomniałem powyżej, stosowano tylko w pierwszych 4—5 tygodniach przy istniejącym wrzodzie pierwotnym, a braku jakichkolwiek objawów ogólnych, przy zupełnie ujemnej próbie Wassermanna, w przypadkach także pod każdym innym względem nadających się do tego leczenia.

Doświadczenia bowiem w blizko 700 przypadkach kiły drugorzędnej, w których na klinice prof. Fingera stosowano salwarsan śródżylnie, nakazały pewną ostrożność w zalecaniu

tego środka. Na 654 przypadków, leczonych salwarsanem, w 44 wystąpiły groźne objawy chorobowe w zakresie nerwu wzrokowego i słuchowego, szczególnie nerwu przedsionkowego, mniej w zakresie nerwu ślimakowego i okoruchowego w postaci szybkich nawrotów kiłowych, »neurorecydyw«. Dwaj chorzy w kilka tygodni po zastosowaniu salwarsanu zmarli. W jednym z tych przypadków sekcya wykazała jako przyczynę śmierci liczne wybroczyny mózgowe (encephalitis haemorrhagica), w drugim zmiany swoiste w mózgu. W przypadkach nieleczonych salwarsanem bardzo rzadko bywały podobne objawy nawrotów chorobowych. Te niekorzystne wyniki salwarsanu w przypadkach kiły drugorzędnej wczesnej są przyczyną, że na klinice prof. Fingera stosują salwarsan tylko dla leczenia poronnego.

Każdy chory, nadający się do leczenia salwarsanem, nie okazujący objawów chorobowych ogólnych szczególnie ze strony narządów krążenia, zbadany przez odpowiednich specyalistów co do stanu wzroku i słuchu, podpisuje oświadczenie, iż sam prosi i zgadza się na wlewanie śródżylne salwarsanu i za ewentualne następstwa niekorzystne nie będzie kliniki czynił odpowiedzialną. Dwa dni przed zabiegiem i w dniu zabiegu dostaje chory tylko lekką skąpą dyetę mleczną, ze względu na mniejsze podobno w tym razie działanie toksyczne salwarsanu. Technika wlewania śródżylnego jest w klinice wiedeńskiej takasama, jak ogólnie obecnie stosowana i na innych klinikach, polecona pierwonie przez Weintraud-Assiny. Przyrząd, do tego służący, składa się z jednometrowego stojaka, uzbrojonego w dwuramienną nasadę, mogącą pomieścić dwa szklanne cylindry o 200 cm³ pojemności, opatrzone drenami gumowymi, łączącymi się ze sobą; każdy z tych drenów zaopatrzony jest zaciskadłem, a wspólny odcinek końcowy dostosowany dla odpowiedniej igły (Venenpunctionskanüle). Jedno naczynie napełnia się ciepłym (40⁰) rozczynem fizyologicznym soli kuchennej, drugie rozczynem salwarsanu. Rozczyn salwarsanu przygotowuje się w ten sposób, że 0·50 salwarsanu rozpuszcza się w pewnej części fizyologicznego rozczynu soli kuchennej, do tego dodaje się 2·8—4·2 cm³. normalnego rozczynu ługu sodowego i rozcieńcza następnie znowu rozczynem fizyologicznym soli kuchennej aż do 200 cm.³. Po założeniu opaski uciskowej na jednem z ramion wprowadza się igłę do jednej z większych żył, zdejmuje się opaskę i wlewa się zrazu dla przekonania się, że igła jest odpowiednio umieszczona, nieco fizyologicznego rozczynu soli kuchennej. Następnie przez zamianę zaciskadeł wprowadza się całą ilość salwarsanu, a przy końcu doprowadza się znowu 10—15 cm³ fizyologicznego rozczynu soli kuchennej. W ten sposób przeprowadzone wlewanie wywołuje bardzo małe objawy uboczne. Po dniach 14, o ile chory pierwsze wlewanie dobrze zniósł, stosuje się powtórnie tę samą dawkę, a w przerwach chory dostaje wcierania lub wstrzyknięcia podskórne.

We wszystkich przypadkach chorobowych z wrzodem pierwotnym zmiany chorobowe, leczone w ten sposób, już po kilku dniach ustępowały, próba Wassermana ze krwi przez okres dłuższy, 10—14 miesięcy, pozostawała ujemną, a nawroty we wspomnianym okresie występowały bardzo rzadko i zawsze prawie skąpe.

Z objawów ubocznych po salwarsanie spostrzegałem wymioty, nudności, i to w 6—8 godzin po wlewaniu, rzadziej już podwyższenie ciepłoty, która nigdy nie przekraczała 39⁰. W dwóch przypadkach, które spostrzegałem, chorzy podczas wlewania doznali uczucia nudności i osłabienia, przyczem zauważyłem ogólne zaczerwienienie skóry, tętno przytem przyspieszone i słabo napięte; objawy te wkrótce przemijały, a tłómaczyłem je sobie, jako przemijające zatrucie arszenikiem. W jednym przypadku spostrzegałem w kilka dni po wlewaniu 0·50 salwarsanu podwyższoną ciepłotę do 38·8⁰, utrzymującą się stale przez dni 9, ogólną silną żółtaczkę, bolesność i zaczerwienienie w okolicy nakłucia. Miałem również sposobność widzieć przypadki chorobowe, w których przed okresem 10—12-miesięcznym podjęto jedno wlewanie śródżylne 0·50 salwarsanu, a zresztą żadnego innego leczenia nie stosowano; przypadki te charakteryzowały się wytworzeniem się kłykciny o wejrzeniu wrzodu twardego w miejscu pierwotnego schorzenia (papula chancriformis).

Przypadków leczonych salwarsanem w czasie mego pobytu obserwowałem około 40 i w tych wszystkich przypadkach przy ścisłem wskazaniu i odpowiednio podjętym zabiegu łącznie z energicznem stosowaniem przetworów rtęciowych widziałem skutki dobre, a z przypadków, leczonych poprzednio, zgłaszających się dla kontroli, nabrałem przekonania, że salwarsan jest doskonałym środkiem pomocniczym objawowym przy leczeniu kiły, stosowany łącznie z rtęcią i jodem; co do wartości działania objawowego nawet przewyższa rtęć i jod, lecz kiły swoiście nie wylecza i nie zabezpiecza przed nawrotem.

Największe usługi oddaje salwarsan przy leczeniu poronnem, jest też w tych razach najmniej niebezpiecznym, nie wyłącza jednak nawet w tych razach leczenia przewlekłego przerywanego rtęcią i jodem, choć okresy przerw są dłuższe, niż przy leczeniu tylko rtęcią i jodem. Ważne wskazówki daje w tych przypadkach badanie okresowe krwi sposobem Wassermana.

Z przetworów rtęciowych stosują w klinice szarą maść rtęciową, salicylan rtęciowy w 10% rozczynie parafinowym, enesol, embarin, a w ostatnich czasach w celach doświadczalnych przetwór nierozpuszczalny soli rtęciowych Richtera.

Przypadki kiły drugorzędnej i trzeciorzędnej, jakoteż chorych z objawami przymiotu, nie nadających się do leczenia salwarsanem, leczy się w pierwszym rzędzie wcieraniem maści rtęciowej.

Chorzy, przeznaczeni do wcierań, gromadzą się po wizycie porannej, rozbierają do naga, okrywając tylko odpowiednimi fartuchami części płciowe i pod kontrolą dozorczyni wcierają w odpowiednią część ciała 5 gramów maści przez pół godziny. Co siódmy dzień kąpiel. Wcierań, zależnie od przebiegu, biorą chorzy 25—30, a nawet 35, niektórzy zaś, u których drugorzędne objawy kiłowe są uporczywe, otrzymują nadto w okresie wcierania także 2—3 wstrzyknięć 10% rozczynu salicylanu rtęciowego w ilości 1 gr, strzykawki Prawatza dla wzmocnienia działania wcierań. Liczba chorych, wcierających na jednej sali, nie przekracza nigdy 12 z powodu wyparowywania ulatniającej się rtęci i oddziaływania ujemnego na innych chorych, u których często w następstwie tego występują objawy zapalne na błonie śluzowej ust i dziąseł.

U reszty chorych kiłowych z oddziału, oraz u wszystkich chorych, pozostających w leczeniu ambulatoryjnem, stosuje się wstrzykiwania śródmięśniowe rozczynu salicylanu rtęciowego 10% po całej lub pół strzykawki Prawatza w odstępach 5-dniowych, ewentualnie 3-dniowych.

Na oddziale pozostają chorzy dopóty, dopóki widoczne są u nich jawne objawy chorobowe; z chwilą ustąpienia tych objawów wypuszcza się chorych z oddziału i zatrzymuje nadal w leczeniu ambulatoryjnem, dając każdemu odpowiednie drukowane pouczenie o dalszem zachowaniu się, w którem to pouczeniu kładzie się szczególny nacisk na występujące nawroty, możliwość zakażenia domowników i osobistą odpowiedzialność sądową za świadome narażenie innych na niebezpieczeństwo. Czystość jamy ustnej utrzymuje się przez kilkakrotne codzienne pędzlowanie »tinct. gallarum et ratanhiae«, płukaniem częstem 3% rozczynem chloranu potasowego, jednorazowem pędzlowaniem dziąseł 33% rozczynem wody utlenionej, przyczem zwraca się również uwagę, aby mężczyźni, leczeni przetworami rtęci, wcale nie lub bardzo mało palili.

Co do metody leczenia kiły samej przeważa na klinice przekonanie o konieczności leczenia zapobiegawczego przez okres przynajmniej pierwszych 2 lat, niezależnie od występujących objawów klinicznych lub od wyniku próby Wassermana. Leczenie przeprowadza się w ten sposób, że poleca się każdemu choremu zgłaszać się każdorazowo po

3-miesięcznej przerwie do ponownego leczenia czy to dla stosowania wcierań, czy też wstrzykiwań przez wymieniony okres tak, aby każdy chory w tym czasie przebył 8 zabiegów leczniczych. Po okresie dwuletnim badać należy co 4—6 miesięcy krew sposobem Wassermana, a w razie dodatniego wyniku znowu poddać chorego dalszemu leczeniu. Każdego chorego, przyjętego na klinikę, bada się sposobem Wassermana; zyskuje się przez to przedewszystkiem na doświadczeniu co do wartości samej próby Wassermana, a następnie wyławia się niektóre przypadki kiły utajonej u chorych, zgłaszających się z objawami klinicznymi innej choroby. Badanie krwi przeprowadza się w pracowni odpowiednio urządzonej, która pozostaje pod kierownictwem jednego z asystentów klinicznych; w pracowni tej wykonuje się badania nietylko chorych z tego oddziału, lecz ze wszystkich oddziałów szpitalnych i ze wszystkich klinik, mieszczących się w zabudowaniach powszechnego szpitala wiedeńskiego tak, że dziennie wykonuje się 100 - 150 badań.

Prócz kierownika zajętych jest w pracowni 2 lekarzy i 2 dozorców, wprawionych tak w technikę, że i 300 badań dziennie bez trudności przeprowadzić mogą. Co do samej techniki próby Wassermana, to trzymają się tam ogólnie obecnie przyjętego schematu, ułatwiwszy sobie tylko to, że zamiast metody miareczkowania, stosują doświadczalnie uzyskaną metodę operowania kroplami (Tropfenmethode), odpowiadającą ściśle ilościom przepisanym odczynników.

Jako wywoływacza (antygenu) używa się wyciągu alkoholowego serca zwierzęcego; nadto w przypadkach wątpliwych, w których sama normalnie użyta ilość alkoholu, mieszczącego się w wywoływaczu, działa hemolitycznie na dopełniacz, używa się wywoływacza rozcieńczonego podwójnie, a względnie potrójnie fizyologicznym rozczynem soli kuchennej. Rozcieńczenie to uzyskuje się w sposób zwyczajny, mieszając jedną część wywoływacza z dwiema częściami fizyologicznego rozczynu soli kuchennej, następnie odparowuje się odpowiednią ilość wywoływacza do połowy pierwotnej objętości i jeszcze na gorąco dodaje się dwie części rozczynu soli kuchennej, przez co uzyskuje się wywoływacz o zmniejszonej ilości alkoholu, ale o równej ilości ciał lipoidalnych w stosunku $^1/_3$ alkoholu na $^2/_3$ ciał lipoidalnych. Wywoływacz, w ten sposób sporządzony, z surowicą kiłową wiąże się znacznie czulej i częściej, z surowicą niekiłową nawet w większych ilościach mniej czule i rzadziej, i służyć może z tego powodu doskonale dla kontroli wątpliwych wyników prawidłowo przeprowadzonej próby Wassermana.

Co do samej wartości próby Wassermana dla rozpoznania kiły, to klinika wiedeńska opiera się obecnie na wynikach przeszło 60.000 badań.

Technika próby Wassermana, sama przez się nie trudna, wymaga jednak wielkiej wprawy i ścisłości, albowiem nieznaczne błędy w technice wpływają bardzo często na ostateczny wynik błędny. Bezwzględną wartość mogą mieć jedynie próby, podjęte w pracowniach wzorowo prowadzonych przez ludzi, jedynie serologią się zajmujących. Na poparcie tego twierdzenia może posłużyć okoliczność, iż podczas mego pobytu w pracowni wiedeńskiej wyniki próby Wassermana przez kilka dni nie odpowiadały w kilku przypadkach postaciom klinicznym; mianowicie mimo klinicznie stwierdzonej kiły w 8. do 10 tygodniu choroby wyniki próby Wassermana były wątpliwe lub ujemne. Zastanawiano się i dociekano przyczyny, kontrolowano kilkakrotnie wszystkie odczynniki, szczególnie wywoływacz, kombinowano wszelkie możliwe usterki w przeprowadzeniu doświadczenia i dopiero po wyłączeniu wszystkich innych możliwych przyczyn stwierdzono, że ekspedycya alkoholu w aptece nie była ścisłą, dostarczono bowiem zamiast 95% alkoholu w jednym dniu alkohol 70%. Po ponownem sporządzeniu wywoływacza uzyskano dalsze wyniki pewne.

Klinika wiedeńska, opierając swe doświadczenia co do wartości próby Wassermana na tak obfitym materyale, doszła do przekonania, że dodatni lub ujemny wynik próby Wassermana przy uwzględnieniu objawów klinicznych jest stanowczo pewnym czynnikiem rozpoznawczym, przyczem należy pamiętać, że w przypadkach nie leczonych kiły pierwszorzędnej, dodatni wynik próby pojawia się dopiero między 6. a 7. tygodniem, następnie, że mimo, iż w kile drugorzędnej nie leczonej prawie w 100% jest wynik dodatni, to przecież istnieją postacie kiły przebiegające złośliwie, w których próba Wassermana jest stale ujemną, nadto, że ujemną jest również u osobników charłaczych i wyniszczonych. Dodatnie wyniki otrzymuje się we framboezyi, »durine«, trądzie, zimnicy i durze powrotnym, nadto w niektórych postaciach posocznicy, gruźlicy krtani, raka, tocznia rumieniowego (lupus erythematodes), złośliwych gruczolaków chłonnych (lymphoma malignum).

Ujemny lub dodatni wynik próby Wassermana w dalszym przebiegu choroby nie wpływa jednak nigdy na tok leczenia następowego nawet mimo ewentualnego braku innych objawów klinicznych kiły, choć w każdym przypadku bada się tak przed podjęciem leczenia, jakoteż i po jego ukończeniu krew sposobem Wassermana.

Większe znaczenie przypisują w dalszym przebiegu kiły próbie Wassermanna w rokowaniu co do ewentualnych nawrotów, albowiem stale utrzymujący się lub częściej ponawiający się dodatni wynik próby W. jest zawsze dowodem pewnych, trwale utrzymujących się zmian molekularnych ciał białkowych surowicy krwi, zależnych prawdopodobnie od dotychczas niewyjaśnionego odczynu krętków bladych na surowicę.

Rekapitulując tedy wywody co do wartości próby

SECACORNIN-PASTYLKI "ROCHE"

trwała, smaczna, ściśle dawkowana postać **pastylek**, *umożliwia wygodne, pewne* **leczenie naparstnicowe.**

Każda pastylka zawiera: = 0,25 g. lub 8-10 Kropel SECACORNIN "Roche"
= 1 g. Secale cornut.
= 1 całą łyżkę stołową Inf. Secal. Cornut. 10,0 : 150,0



OPAKOWANIE: Rurki oryginalne, zawierające 10 pastylek à 0,25 gr. SECACORNIN „Roche" Mk. 1.20 Kor. 1.50
i Rurki oryginalne, zawierające 25 pastylek à 0,25 gr. SECACORNIN „Roche" Mk. 2.— Kor. 2.50

F. HOFFMANN LA ROCHE i S-ka GRENZACH (BADEN), BAZYLEA (SZWAJCARJA) WIEDEŃ III/1.

Wassermana, dochodzę do wniosku, że według spostrzeżeń moich na klinice i według przezemnie w pracowni wiedeńskiej po odpowiedniem przygotowaniu się podjętych doświadczeń, wynik próby Wassermana ma stanowczo doniosłe znaczenie: 1) dla samego rozpoznania choroby swoistej przy uwzględnieniu zmian chorobowych klinicznych; 2) dla orzeczenia, czy w danym przypadku należy podjąć leczenie poronne kiły; 3) dla rokowania o przebiegu dalszym. Mniejsze znaczenie posiada już wynik próby Wassermana dla pytania, czy w danym przypadku należy systematycznie przeprowadzić leczenie zapobiegawcze, czy też nie, albowiem nawet w takich przypadkach, w których przez okres dłuższy utrzymuje się próba Wassermana ujemna, nawroty w późniejszym okresie nie są wyłączone.

Wobec tego nasuwa się mimowoli pytanie, czy wskazanem jest w szpitalach prowincyonalnych uciekać się do próby Wassermana w przypadkach kiły? Konieczną jest ona w przypadkach wątpliwych, ważną — w przypadkach, które nadają się do leczenia poronnego zapomocą salwarsanu, i właściwą rzeczą będzie w tych przypadkach krew chorych pod odpowiedniemi kautelami przesłać do któregoś z zakładów krajowych, odpowiednio urządzonych i przeprowadzających doświadczenia na wielkim materyale chorobowym. Albowiem jest rzeczą wyłączoną, aby nawet przy dobrze opanowanej technice lekarz w szpitalu prowincyonalnym mógł sam jeden bez odpowiednio wyćwiczonej służby podołać wszelkim koniecznym zabiegom celem stałego utrzymania odpowiednich odczynników, zważywszy, że na przeprowadzenie choćby najmniejszej liczby prób konieczny jest prawie ten sam okres czasu, co dla przeprowadzenia prób w liczbie 30 — 50-krotnej, pomijając już to, że w wielu szpitalach brak najprymitywniejszych urządzeń, jak n. p. termostatu.

Urządzenie pracowni, w której próby W. możnaby dokonać, połączone jest z kosztem 1000 koron, nie licząc kosztów dalszego jej utrzymania. Proponuję tedy, aby Wydział krajowy zaopatrzył szpitale powszechne w odpowiednie pudełka drewniane, mieszczące w sobie dwie rurki szklanne na krew, przeznaczoną do badania (według wzoru zakładu serologicznego wiedeńskiego) i aby polecił jednemu z oddziałów chorób skórnych w szpitalach krajowych przeprowadzać próby Wassermana dla wszystkich szpitali.

Chorób skórnych miałem na klinice sposobność spostrzegać bardzo liczne przypadki.

Świerzb leczony bywa maścią siarkową; smarując raz lub dwa razy dziennie całe ciało dokładnie tą maścią, posypuje się następnie mączką i zawija chorego odpowiednimi kocami dla zapobieżenia zanieczyszczeniu bielizny. Po 3—4 dniach opuszcza chory, nie wykąpawszy się nawet, oddział z poleceniem, by dopiero po upływie 4—5 dni w domu się wykąpał; nawrotów przy tym sposobie leczenia nie widziałem.

Toczeń zwykły (lupus vulgaris) leczą na oddziale najrozmaiciej, zależnie od siedziby i nasilenia. Najczęściej używa się maści lub przylepca pyrogalusowego 10—15—30%, stosując je do chwili, w której zauważyć się daje odczyn zapalny skóry, stosując nadto przetwory 10—20—30—35% rezorcyny w glicerynie i niszcząc poprzednio ogniska chorobowe ługiem potasowym (cali causticum) lub lapisem. Leczenie to kombinują często ze stosowaniem tuberkuliny i naświetlaniem promieniami Röntgena, niektóre znowu przypadki odsyłają do zakładu dla leczenia tocznia (Lupusheilstätte), w którym stosują światło finsenowskie. Chirurgicznie leczą tylko te przypadki tocznia, w których zmiany chorobowe ograniczone są tylko do małych przestrzeni, a to wychodząc ze stanowiska, że przy zabiegu chirurgicznym, szczególnie przy stosowaniu ostrej łyżki, niszczy się często zdrowe części, utrudniając przez to zabliźnianie.

Toczeń rumieniowy (lupus erythematodes) leczą podawaniem chininy w coraz większych dawkach, począwszy od 0·10 aż do 2 gr dziennie, stosując zewnętrznie nalewkę jodową, a w przypadkach odpowiednich zamrażanie chorej skóry śniegiem kwasu węglowego, przyczem wytwarza się wskutek oparzenia pęcherz zapalny, po którego usunięciu stosuje się następnie maści obojętne. Technika zamrażania jest bardzo łatwa. Z syfonu metalowego, mieszczącego w sobie kwas węglowy, wypuszcza się go do odpowiedniego worka skórzanego, strzepuje kilkakrotnie, przyczem wskutek szybkiego parowania zamienia się kwas węglowy na masę śnieżną. Taką kuleczkę śnieżną przykłada się na 5—10 sekund do schorzałej części ciała.

Z innych przypadków chorobowych nadają się do powyższego leczenia znamiona (naevus hyperkeratosus i naevus pigmentosus).

Łuszczycę leczą, podając wewnętrznie przetwory arszeniku (obecnie stosują chętnie pigułki arsojodynowe), rozpoczynając od 6 aż do 30 pigułek dziennie. Zewnętrznie stosują podobnie, jak przy świerzbie, maści siarkowe w połączeniu z przetworami dziegciowymi (flores sulfur., ol. rusci, vaselin flav. āā), przyczem badają często mocz. W ostatnich czasach polecają drastycznie działającą maść Dreuwa w następującym składzie: Rp. Acidi salicylici 10,0, chrysarobini, ol. rusci āā 20,0, saponis viridis, adip. lan. anhydr. āā 25,0. M. f. ung.

Zmiany na głowie leczą 5—10% maścią rtęciową białą.

Przy liszaju wyłysiającym (herpes tonsurans) stosują ambulatoryjnie szare mydło, przetwory smołowe, jakoteż 5—10% maść rtęciową białą. Na oddziale podjęto właśnie doświadczenia ze wstrzykiwaniami nalewki wodnej grzybków chorobotwórczych (trichophyton tonsurans) (Pilzaufschwemmung), nazwanej »Trichophitin«. Dwa przypadki, które widziałem, przemawiają bardzo za tym sposobem leczenia.

Parchy (favus) leczą tylko promieniami Röntgena którymi uzyskują wyleczenie doszczętne.

Liszaje (lichen ruber planus et acuminatus) leczą przetworami arszeniku, stosując zewnętrznie obojętne maści.

Przy figówce (sycosis parasitaria) podejmują epilacyę mechaniczną lub zapomocą promieni Röntgena, stosując następnie przetwory salicylowe, rtęciowe, 5—10% maść pyrogalusową, następnie nalewkę jodową, w ostatnich czasach wstrzykiwania trychofityny.

Z przypadków rzadszych miałem sposobność na klinice widzieć przypadki chorobowe: rogowca (keratoma palmare et plantare hereditarium, naevus hyperkeratosus), leczony przetworami nadnercza i zanik samoistny z twardziną skóry (atrophia idiopathica cutis cum sclerodermia), — spostrzegane często u osób dotkniętych gruźlicą — leczony kąpielami, gorącem powietrzem, miesieniem, wewnętrznie fibrolizyną, tyreoidyną lub tuberkuliną.

Ze względu na i tak już obszerne rozmiary tego sprawozdania wspomnę tylko w kilku słowach, iż norma żywienia chorych w szpitalu jest lepsza od naszej. Pożywienie dla chorych jest obfite i smaczne. Śniadanie, na które się składa mleko lub kawa, dwie bułki, dostają chorzy o godzinie 7. rano; pomiędzy 10 - 11. przed południem na drugie śniadanie: kromka chleba lub bułka z masłem, wszystko owinięte w papier tak, iż po wydaniu z kuchni nikt więcej nie dotyka się tego rękami. Obiad około 1/2 1 składa się z rosołu lub zupy, sztuki mięsa przy dyecie nr. 8 odpowiadającej naszej całej, następnie jarzyny i leguminy, nadto chleb. Na podwieczorek dostają chorzy ponownie mleko lub kawę, a na kolacyę, którą wydziela się około godziny 6, jakąś potrawę mleczną, dosyć często parę kiełbasek, kawałek kiełbasy, ewentualnie gulasz i tym podobne potrawy.

Zdarzyło się podczas mej bytności, iż kilkudziesięciu chorych z całego szpitala skarżyło się jednego dnia, iż po zjedzeniu kolacyi (kiełbasek) dostało rozwolnienia. Wszystkie stolce tych chorych podano natychmiast kilkakrotnemu badaniu klinicznemu i bakteryologicznemu, badano jakość wszystkich artykułów spożywczych, szczególnie wędlin, następnie naczynia kuchenne i t. d., wprawdzie bez jakiego-

kolwiek dodatniego wyniku. Wspominam jednak o tym fakcie z łatwo zrozumiałych względów.

Wspomnieć należy także, iż kierownik kliniki, prof. Finger, stoi na czele Towarzystwa, które wzięło sobie za zadanie zwalczanie chorób wenerycznych i kiłowych, i do tego celu zmierza różnemi drogami. Popularyzuje wiadomości o chorobach wenerycznych częstymi odczytami, przeznaczonymi dla najrozmaitszych sfer, uświadamia młodzież o zgubnych skutkach chorób wenerycznych i kiłowych, przestrzega i poucza o konieczności racyonalnego leczenia, stara się o zakładanie ambulatoryów we wszystkich dzielnicach miasta, a szczególnie o to, aby chorzy o każdej porze, nawet wieczorami, mogli zasięgać tam bezpłatnej porady lekarskiej.

Zastraszająca wprost liczba ludzi, zapadających na kiłę i inne choroby weneryczne, tłómaczy dostatecznie te zabiegi i starania, które godne są naśladowania w naszym kraju.

Zapiski lecznicze, nowe leki, sposoby i narzędzia.

Parakodynę podawał Morgenstern (Fortschr. der Med. 1914, 4) u 70 chorych i stwierdził użyteczność tego środka jako kojącego kaszel (w dawce 0,02 pro dosi, 0,06 pro die), uspokajającego w rozmaitych stanach podrażnienia, zwłaszcza w kombinacyi z bromem, oraz uśmierzającego bóle. Parakodyna wywoływała niekiedy uczucie znużenia, utratę apetytu i bicie serca, ale nawet po najwyższej dawce jednorazowej 0,05!, nie zdarzały się poważniejsze następstwa. Parakodyna działa prawie dwa razy silniej od kodeiny. Kn.

W leczeniu dychawicy zaleca Borchardt podskórne wstrzykiwania 1 cm³ pituglandolu Roche. (Ther. der. Gegenw. 1913, 2). K.

Sputolysin jest to maść, złożona z kamfory, balsamu peruwiańskiego, jodku potasu, gwajakolu, mydła szarego i t. p., którą Fischel i Schönwald zalecają bardzo do wcierań przy gruźlicy płuc. (Med. Klin. 1913, 5). H.

Mesbé, środek zachwalany w gruźlicy, próbował Vulpius i wyraża się o nim bardzo sceptycznie. (Zblt f. Chir. 1914, 5). K.

Stosując isopral przez odbytnicę, osiągał Kleinschmidt (Berl. klin. Woch. 1914, 5) wprawdzie w wielu przypadkach bardzo dobry wynik, jednak zwraca uwagę, że działanie isopralu bywa czasem bardzo nierówne, po uśpieniu zjawić się mogą stany podniecenia, a przy większych dawkach zatrucia. K.

Jodival stosował Goette (Fortschr. der Med. 1914, 5) w ciągu $1^1/_2$ roku u wielu chorych w przypadkach dusznicy bolesnej i stwardnienia tętnic; wyniki równały się wynikom stosowania innych przetworów jodowych, od których jodival lepiej był przez chorych znoszony. Kn.

Liczba tętna we śnie u ludzi zdrowych ulega, podług Klewitza, wyraźnemu zwolnieniu. Natomiast u chorych na serce z wadami niewyrównanemi nieraz tętno we śnie nawet się przyspiesza. (Deut. Archiv f. klin. Med. 112, I—II). K.

Istizin, nowy środek przeczyszczający (syntetycznie uzyskany przetwór antrachinonu) stosował Cancrin w szpitalu Dyakonis w Dreznie w dawce 0,15 do 0,3 (w kołaczykach) u 90 chorych przeszło 150 razy z dobrym wogóle wynikiem. Zazwyczaj następowały wypróżnienia w liczbie 1—4 średnio w 6 do 8 godzin, przyczem chorzy nie doznawali większych dolegliwości, niż po innych podobnych środkach. Lek ten jest bez smaku. (Deutsche med. Woch. 1914, 5). B.

ZŁOTY MEDAL LWÓW 1907 WYSTAWA PRZYRODNICZO-LEKARSKA: DYPLOM HONOROWY.

ZŁOTY MEDAL. WIEDEŃ 1913 III. MIĘDZYNARODOWA WYSTAWA FARMACEUTYCZNA

STROPHANTHUS

DR WEWIÓRSKI

STROPHANTHUS Dr Wewiórski: glycosidorum solutio definita 1:1000 dosis: 10—20 gutt per os + 0·5—1·00 ccm pro injectione hypoderm. vitrum asepte clausum — Cor. 3.

Badanie farmakologiczne wykazało, że przetwór powyższy zawiera podaną ilość strophantyny. W smaku jest słonawo-gorżki, jednak smak ten prędko przechodzi i nie jest tak przykry jak tinctura Strophanthi.

Prof. Dr. L. Popielski
prof. farmakologii Uniwersytetu lwowskiego

217 b

STROPHANTHUS Dr Wewiórski — Pastili quorum singuli continent 0·0005 glycosidorum e semine Strophanthus Kombé dosis singula 1—2 past. vitrum cum 30 past — Cor. 3.

Badanie przeprowadzone nad pastylkami strophantynowemi Dra Wewiórskiego wykazało, że zatrzymanie akcyi serca u żaby 20 g. wagi występuje w podskórnem wprowadzeniu rozczynu dwóch pastylek po 5 minutach, działanie to odpowiada zawartości 1 miligrama czystej strophantyny; w każdej zatem pastylce znajduje się jak podano 0·0005 strophantyny.

Prof. Dr. Popielski
prof. farmakologii Uniwersytetu we Lwowie.

FABRYKA CHEMICZNA „LAOKOON" WE LWOWIE

rozsyła próbki darmo i opłatnie.

Drobnoustroje mleka bułgarskiego rozwijają swą działalność jedynie w obrębie jelit cienkich, gdy w jelicie grubem brak cukru, a bez niego nie mogą one wegetować. Otóż, aby temu zaradzić, dodaje do nich Miecznikow jeszcze t. zw. glikobakterye (otrzymane z jelit osesków), które mają własność rozkładania skrobi w jelicie grubem na cukier, przez co ściągają tam bakterye mleka bułgarskiego. Mieszaninę tę nazwał Miecznikow antestiferminem. (Deut. Landw. Presse. 1913, 10, V, XXX, 38). K.

Czopki z atofanu (po 1,0) dziennie 3—5 zaleca Klemperer przy dnie i gośćcu stawowym, gdy podawanie przez usta nie jest możebne. (Ther. der Gegenw. 1913, 2). K.

W zimnicy, opierającej się na leczeniu chininą, zaleca Pollitzer naświetlania śledziony promieniami Röntgena. (Tow. med. wewn. Wiedeń, XII, 1913). K.

Przy chorobie Basedowa tam, gdzie wykazać można grasicę, zaleca Stoerk naświetlanie jej promieniami Röntgena. W jednym przypadku otrzymał przez to wybitne polepszenie. (Tow. med. wewn. Wiedeń, XII, 1913). K.

Pieczywo dla chorych na cukrzycę, znajdujące się w handlu, badał Näf i przekonał się, że przeważnie nie różni się ono pod względem ilości węglowodanów od zwykłego chleba. Natomiast na wielkie uznanie zasługuje przepis na pieczywo domowe podług prof. Jaqueta. (Kor. f. Schw. Ärzte, 1914, 48). K.

Próbę sprawności śledziony podali swego czasu Frey i Lury. Mianowicie podług nich w razie dobrej czynności śledziony ma po adrenalinie zjawiać się limfocytoza, a potem leukocytoza neutrofilna, a po pilokarpinie limfocytoza. Otóż Kreuter na podstawie badań, dokonanych na człowieku po wycięciu śledziony, udowadnia, że cała ta »próba« nie ma wartości, bo i po wycięciu śledziony odczyny te wypadają taksamo. (Tow. lek. Erlangen, XI. 1913). K.

Próba Essbacha może podług Schmiza wypadać dodatnio także przy obecności w moczu ciał powstających po zażyciu urotropiny, heksalu lub borowertyny, o czem więc w wywiadach pamiętać należy. (D. m. W. 1914, 3). K.

Nową próbę indykanową podaje Jolles. 10 cm^3 moczu wstrząsa się z 2 cm^3 20% rozczynu cukru ołowiowego i przesącza, poczem miesza się $2^1/_2$ cm^3 10% alkoholowego rozczynu tymolu, 10 cm^3 kwasu solnego zawierającego chlorek żelaza i 4 cm^3 chloroformu. Chloroform po wstrząśnieniu przy śladach indykanu zabarwia się fioletowo, przy zmieszaniu z wodą żółto-bronzowo, a po dodaniu zgęszczonego kwasu solnego znowu fioletowo. (Wien. kl. W. 1913, 38). K.

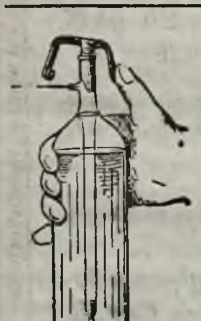
W razie bólów w ranie po operacyi w znieczuleniu miejscowem podaje ze skutkiem Wolf pyramidon, i to zwykle zapobiegawczo w dwie, a potem w kilka godzin po operacyi. (Ztblt. f. Chir. 1913, 49). K.

O sublimacie w chirurgii wyraża się Marquis (Rev. de chir. 1913, VII) bardzo niekorzystnie. Zdaniem jego sublimat nie jest wcale tak silnym środkiem bakteryobójczym, jak się za zdaniem Kocha sądzi działa on bowiem nieraz 30—60 razy słabiej na bakterye, niż jodyna lub alkohol. Nadto krew z chlorkiem rtęci tworzy rychło zupełnie dla bakteryi obojętny białkan rtęci. Behring wykazał, że pewne bakterye (n. p. przecinkowiec cholery) mogą nawet zupełnie zniszczyć przeciwgnilne własności sublimatu. Zdolność przenikania sublimatu przez tkanki jest słaba. K.

Kostki bulionowe, obecnie bardzo reklamowane, są podług Schlesingera bardzo często produktami bezwartościowymi, bo zawierają 60% soli kuchennej, 10% tłuszczu, wody i innych dodatków, a tylko 30% wątpliwego wyciągu mięsnego z dodatkiem drożdży, grzybów i korzeni. (Med. Klin. 1914, 8). K.

Gonargina, nowy lek szczepionkowy, jest według Schuhmachera (Deut. med. Woch. 1913, 44) środkiem swoiście działającym przy wiewiórze i jego powikłaniach, zwłaszcza przy zapaleniu najądrza, zapaleniu stawów i pochewek ścięgien, mniej pewnie zaś przy zapaleniu gruczołu krokowego i pochwy. Stosuje się ją zapomocą wstrzykiwań śródmięśniowych. Zaczyna się od 5 milionów gonokoków, następnie w odstępach 3-dniowych stosuje się 10, 15, 25, wreszcie 50 milionów; więcej niż 5–6 wstrzyknięć zazwyczaj się nie stosuje. W razie silniejszego odczynu stosuje się mniejsze ilości szczepionki. Stosowanie dożylne nie daje żadnych wyników. N.

Papawerynę polecają Holzknecht i Sgalitzer (Münch. med. Woch. 1913, s. 1989) dla rozpoznania różniczkowego między kurczem odźwiernika, a zwężeniem w badaniu rentgenologicznem i podają ją (papaverin. hydrochloric.) w ilości 0.05—0.07 wewnętrznie. N.



Polecam mój
Chloraethyl
Dr Thilo
z zamknięciami automatycznemi i spiralnemi odpowiednio do farmakopei austr. VIII., jak najgoręcej.
Flaszki automatyczne napełnia się na nowo.
Prospekty do rozporządzenia. 89
Mr. C. RAUPENSTRAUCH,
em. aptekarz, WIEDEŃ II., Castellezg. 25.

TRAN JODOWO ŻELAZISTY
Zawiera równie jak tran Lahussena 100 gr. tranu 0·20 jodku żelaza. Przetwór ten leczniczy sporządzono na najlepszym tzanie Meyera jest przeto smaczny i nie psuje żołądka.
Tran jodowo-żelazisty Wiszniewskiego może być z dobrym skutkiem zalecany w chorobach płuc, zołzach, niedokrewności i t. p.
Sposób użycia; Dzieciom daje się 1—2—3 razy dziennie po łyżeczce po jedzeniu. — Dorosłym 1–3 łyżek dziennie. 221
Cena flaszki 1 K 20 hal. — Wyrób własny i skład główny w aptece
K. WISZNIEWSKIEGO w Krakowie.
We Lwowie na składzie w aptece PIOTRA MIKOLASCHA.

JODTRANOL (Matula)
Likier żelazisto jod- peptonowy składu 0·60% Fe, 0·10 Mn i 0·03% jodu, dobrego i przyjemnego smaku.
w działaniu zastępuje w zupełności Tran. (Ol. Jecoris).
Sposób użycia: jak Liq. Mangano ferri peptonati. Cena 2 K 60.
Polecone przez Świetne Tow. lekarskie krakowskie.

Z pomiędzy dziś znanych przetworów żelazistych jest najłatwiej strawnym i nie psującym zęby środkiem
LIQUOR MANGANO FERRI PEPTONATI
składu 0·60% Fe i 0·10 Mn wyrobu
aptekarza D. MATULI w Podgórzu (Kraków).
Polecany jako środek lekko strawny, pobudzający apetyt, w błednicy, niedokrwistości, zimnicy, w zołzach, kobiecych i nerwowych cierpieniach. 206
Sposób użycia: Dzieciom do lat 12 daje się 2 razy dziennie po łyżeczce od kawy z mlekiem; osoby dorosłe używają 2—3 razy dziennie po łyżce stołowej.
Na składzie w każdej większej aptece. Cena 2 Korony 40 halerzy.
Dwie flaszki posyłam franco.

Sprawozdanie

Rady zawiadowczej Towarzystwa lekarzy galicyjskich za rok 1913,

który był 47. rokiem czynności tegoż Towarzystwa.

W myśl uchwały Walnego Zgromadzenia Towarzystwa lekarzy galicyjskich z roku 1911, nakazującej Radzie zawiadowczej ogłaszanie drukiem sprawozdania z roku ubiegłego z początkiem następnego roku kalendarzowego, ogłaszamy krótkie sprawozdanie z czynności Towarzystwa za rok 1913 i podajemy wykazy rachunkowe, które stwierdzają stan finansowy z dniem 31 grudnia 1913.

I.

W roku 1913 należało do Towarzystwa naszego 779 członków. Z tych należało do Towarzystwa lekarskiego lwowskiego 275, do Towarzystwa lekarskiego krakowskiego 219, do oddziałów prowincyonalnych 285, a członków, mieszkających poza granicami kraju (korespondentów) było 4. Liczba tedy członków się nie zwiększa, lecz zato członkowie spełniają z większą ścisłością, niż dawniej, obowiązki względem Towarzystwa. Zaległości wynoszą tylko około 10%. Pewną część dawnych zaległości ściągnięto. Spodziewać się należy, że uporządkowanie dalsze stosunków Towarzystwa, podniesienie znaczenia tegoż, powiększenie korzyści, które nieść będzie członkom, ich wdowom i sierotom — i wyrobienie u wszystkich kolegów poczucia obowiązku względem stanu, do którego należą, sprawią, że w przyszłości większa ilość kolegów się zaciągnie w poczet członków Towarzystwa.

Już z początkiem roku 1914 straciło Towarzystwo dwóch bardzo zasłużonych członków. Zmarł Dr. Edward Gerard Festenburg. Był on obecny na pierwszem Walnem Zgromadzeniu Towarzystwa lekarzy galicyjskich, które się odbyło 2 grudnia 1867 r. i odtąd przez lat 47 bez przerwy był członkiem Towarzystwa, a przez szereg lat pełnił z gorliwością trudne obowiązki skarbnika. Kiedy złożył skarbnikowstwo, mianowało go Walne Zgromadzenie członkiem honorowym. Cieszył się ogólnym szacunkiem, piastował najwyższe godności, które się odbiera z rąk kolegów, prawdziwą czcią otaczali go mieszkańcy Lwowa i kraj cały. — Ofiarą zawodu padł Dr. Franciszek Sękiewicz, były zasłużony przewodniczący oddziału czortkowskiego Towarzystwa lekarzy galicyjskich. Należał do najgorliwszych członków naszych. Od szeregu lat, w każdem sprawozdaniu, jest wzmianka o staraniach jego, mających na celu podniesienie znaczenia naszego Towarzystwa i gromadzenie funduszów na humanitarne cele. — W roku 1913 zmarli koledzy: Bukowski (Wadowice), Kocaj (Krosno), Kreutz (Stanisławów), Rudnicki (Szczucin), Sokal (Jazłowiec), Witkowski (Łańcut). Cześć ich pamięci!

Piękny zwyczaj pamiętania o wdowach i sierotach po kolegach naszych, którzy zmarli, zanim zabezpieczyli przyszłość swojej rodzinie, także w bieżącym roku poważne Towarzystwu przyniósł dochody. Dary ofiarowane Towarzystwu są dwojakie. Jedne przeznaczone są na doraźne wsparcia wdów i sierót, a Rada zawiadowcza, wobec licznych podań o zapomogi i wielkiej, udowodnionej potrzeby petentek, całą tę kwotę używa na wsparcia. Inne dary ofiarowane są z zastrzeżeniem, że mają być kapitalizowane, a tylko odsetki przeznaczyć można na wsparcia. W roku 1913 dary, ofiarowane do rozporządzenia Rady zawiadowczej wynosiły 481 K — dary z zastrzeżeniem kapitalizacyi 9.937 K 50 h.

Na wdowy i sieroty ofiarowali: Dr. Hirschler 5 K, Dr. Sękiewicz z Buczacza 30 K, Dr. Kittner z Borszczowa 20 K. — Zamiast wieńca dla kolegi Sokala, oddział czortkowski 125 K, Dr Borowiec z Jazłowca 10 K, Dr. Kuchciak z Jazłowca 5 K — pan Niedzielski, Partyka i Hodoli razem 10 K i Dr. Tuczaniewicz 5 K Zamiast wieńca dla Dr. Kreutza w Stanisławowie złożyli lekarze stanisławowscy 170 K. Pani Marya Chuderska złożyła wreszcie 100 K na cele Towarzystwa, które z koleżeńskich względów nie przyjął Dr. Tarnawski za pobyt jej w zakładzie w Kossowie. Razem 481 K.

Następne dary mają się kapitalizować:

1. Pani Profesorowa Gilewska w Wiedniu ofiarowała na fundusz imienia swojego męża 1.000 K, za rok 1913 — a 500 K już na rachunek roku 1914, razem	1.500·—
2. Dr. Adolf Lukas z Wiednia na fundusz swojego imienia	200·—
3. Profesor Dr. Grzegorz Ziembicki w dniu swojego jubileuszu w papierach wartościowych nom.	1.000·—
4. Profesor Machek w papierach wartościowych nom. gotówką	131·70
5. Pani Radczyni Dr. Adolfowa Lukasowa dla uzupełnienia zapisu ś. p. swojego męża Adolfa w papierach wartościowych nom.	6.000·—
6. Departament sanitarny c k. Namiestnictwa, z powodu śmierci inspektora Dr. Filewicza złożył i ofiarował tę kwotę na powiększenie funduszu ś. p. Barzyckiego.	105·—

*

7. Ze sprzedaży zbioru ustaw t. III, na rzecz funduszu ś. p. Barzyckiego . . . . 200·80

9.937·50

Wszyscy ofiarodawcy raczą przyjąć imieniem obdarowanych wdów i sierót najszczersze podziękowanie.

W ubiegłym roku trzej koledzy uczynili zapisy, dotąd jeszcze nie zrealizowane, na rzecz naszego Towarzystwa, które powiększą w najbliższej przyszłości bardzo znacznie nasze fundusze wieczyste.

Zmarły dnia 27 marca 1913 w Starym Sączu Dr. Leopold Gawełkiewicz zapisał »dziesięć tysięcy K na fundusz wdów i sierót po lekarzach, należących do Towarzystwa lekarzy galicyjskich we Lwowie«. Urodził się w r. 1843 w Starym Sączu, ukończył gimnazyum w Krakowie, tamże uzyskał stopień doktora medycyny w r. 1870, a doktora chirurgii w r. 1875. Przez całe życie wykonywał praktykę lekarską w swojem mieście rodzinnem, w którem umarł. Testamentem z 21 listopada 1911 zapisał cały swój majątek na cele publiczne.

Ostatnią wolą z daty: Tarnów 10 lutego 1911 ustanowił ś. p. Dr. Alfred Kalisz na rzecz Towarzystwa naszego legat 10.000 K, z których »odsetki mają być obracane na wsparcia wdów i sierót po lekarzach, przyczem zastrzeżono, że kapitał ma być nienaruszony i zapisany w księgach jako kapitał żelazny pod nazwiskiem spadkodawcy«.

Ś. p. Alfred Kalisz praktykował w Tarnowie Zapisem swoim zaskarbił sobie trwałą wdzięczność kolegów.

Sądowe pertraktacye spadkowe obu wymienionych legatów są w toku.

Wreszcie 18 sierpnia 1913 zawiadomił prezesa Towarzystwa lekarzy galicyjskich, Dr. Macheka, pan Dr. Zbyszewski, adwokat krajowy we Lwowie, że przyjaciel jego, Dr. Adolf Lukas, radca cesarski w Wiedniu, zmarły dnia 5 sierpnia 1913, zapisał na rzecz Towarzystwa lekarzy galicyjskich kwotę 194.000 K która jest na razie w jego przechowaniu. Kwota ta ma być uzupełniona do 200.000 K. Jak z powyższego sprawozdania wynika, p. Doktorowa Lukasowa istotnie już kwotą 6.000 K fundacyę uzupełniła. Oprócz tego mają przypaść Towarzystwu jeszcze inne kwoty, na których zabezpieczone są dożywocia. Sąd dotąd odpisu testamentu Towarzystwu nie doręczył. Pan Dr. Zbyszewski wniósł do najwyższego trybunału podanie, aby pertraktacya spadkowa odbyła się we Lwowie, a nie we Wiedniu.

Dr. Adolf Lukas praktykował we Lwowie przez długi szereg lat, przyczem pełnił także obowiązki lekarza sądowego. Znany był z uczynności i gorliwości, gotów w każdej chwili nieść pomoc chorym. Dorobek całego życia przeznaczył na wsparcie wdów i sierót, a już od lat kilku, każdego roku, na cel ten przysyłał Towarzystwu po 200 K. Zwłoki przywieziono do Lwowa i pochowano na cmentarzu łyczakowskim. Na pogrzebie przemawiał imieniem Towarzystwa prezes profesor Dr. Machek.

W najbliższej tedy przyszłości powstaną trzy nowe fundusze wieczyste. Fundusz imienia Adolfa Lukasa będzie po fundacyi Stillerów największym funduszem Towarzystwa. Skromny człowiek ufundował sobie pomnik trwalszy od spiżowych, na który po wszystkie czasy spływać będą błogosławieństwa wdzięcznych wdów i sierót. Pamięci wszystkich trzech testatorów składamy imieniem społeczeństwa lekarskiego najgłębszą cześć!

W s p a r c i a s t a ł e i c z a s o w e. (Pensye i zapomogi). Wsparcia stałe (10.260 K) wraz ze wsparciami czasowemi (5.290 K) wynosiły razem 15.560 koron. Kwota ta, jak ze zestawienia rachunku za rok 1913 każdy obliczyć może, przewyższa bardzo znacznie kwotę, którą właściwie mieliśmy na wsparcia do dyspozycyi. Szliśmy tedy w udzielaniu wsparć do możebnie najdalszych granic. Powiększenie naszych funduszów w bilansie nie wynika z oszczędności w udzielaniu wsparć, lecz z darów, które z woli i nakazu ofiarodawców mają być kapitalizowane i których naruszyć nie wolno. Tu wspomnieć należy, że żadne Towarzystwo ekarskie nie obdarza tak hojnie swoich wdów. Zamożne Towarzystwo lekarskie warszawskie udziela swoim wdowom najwyżej 100 rubli rocznego wsparcia, lwowska Izba lekarska najwyżej 100 K.

Tytułem stałych wsparć rozdano w roku 1913, wdowom lub sierotom, niżej wymienione kwoty:

1) Pani Berthleff Marya ze Lwowa 300 K, 2) P. Brillowa ze Żmigrodu 200 K, 3) P. Buchowa Gizella ze Lwowa 240 K, 4) P. Cholewiczowa z Krakowa 300 K, 5) P. Czesnakowa Olga ze Lwowa 400 K, 6) P. Dulębina ze Lwowa 300 K, 7) P. Filimowska Ludwika z Wiednia 400 K, 8) P. Gofrykowa J. z Bełzca 240 K, 9) P. Jasilkowska Marya ze Lwowa 300 K, 10) P. Jurkiewicz Zofia ze Lwowa 400 K, 11) P. Karpińska Józefa z Drohobycza 240 K, 12) P. Koernerowa Eugenia ze Stanisławowa 400 K, 13) P. Koncewiczowa Franciszka z Przeworska 300 K, 14) P. Kramarzyńska Aniela z Krakowa 240 K, 15) P. Krąpiec Marya z Tarnopola 240 K, 16) P. Last Rudolfina z Brzeżan 300 K, 17) P. Leniartkowa Ida ze Lwowa 400 K, 18) P. Lewandowska Stefania z Bochni 240 K, 19) P. Marynowska Wiktorya z Przemyśla 400 K, 20) P. Meyzel Henryka z Kołomyi 400 K, 21) P. Nidecka Helena z Leżajska 400 K, 22) P. Oleksina Honorata ze Lwowa 240 K, 23) P. Piźlowa Wanda z Tartakowa 300 K, 24) P. Pulmanowa Karolina z Chyrowa 300 K, 25) P. Reiss Stanisława z Dukli 300 K, 26) P. Riedmüllerowa Józefa z Miechowa 240 K, 27) P. Sieradzka Marya ze Lwowa 300 K, 28) P. Sochacka Helena ze Stryja 240 K, 29) P. Sokołowska Marya z Krakowa 300 K, 30) P. Szafferowa Eugenia z Krakowa 400 K, 31) P. Szczepańska Adela ze Lwowa 360 K, 32) P. Teitelbaumowa Henryka z Brzeżan 400 K, 33) P. Zrogowska Joanna ze Lwowa 240 K. Razem 10.260 Koron.

Rada zawiadowcza Towarzystwa lekarzy galicyjskich przyznała w roku 1913 następujące jednorazowe wsparcia (zapomogi):

1) P. Bartmańska Kornela z Podgórza 100 K, 2) P. Berthleff Marya ze Lwowa 100 K, 3) P. Biochowa Felicya z Krakowa 100 K, 4) P. Chamajdes A. ze Lwowa 50 K, 5) P. Cholewiczowa Otylia z Krakowa 100 K, 6) P. Chmielecka Fl. ze Lwowa 130 K, 7) P. Dulębina S. z Sieniawy 100 K, 8) P. Gobieńska Paulina 200 K, 9) P. Gofryk Józefa z Bełza 100 K, 10) P. Januszkiewiczówna Zofia z Pilzna 100 K, 11) P. Jasilkowska Kazimiera ze Lwowa (sierota) 100 K, 12) P. Karpińska Józ. z Drohobycza 240 K, 13) P. Koncewiczowa Franciszka z Przeworska 200 K, 14) P. Kirkorowa Małgorzata z Krakowa 200 K, 15) P. Krańska Lucya ze Lwowa 400 K, 16) P. Krzykowska A. z Krakowa 200 K, 17) P. Kulłowska Joanna z Bolechowa 100 K, 18) P. Kulczycka Stefania 200 K, 19) P. Lechówna Aleksandra ze Lwowa (sierota) 100 K, 20) P. Liwaczowa Marya z Tarnowa 200 K, 21) P. Marynowska Wiktorya z Przemyśla 200 K, 22) Musiałowicz Tadeusz ze Lwowa (sierota) 100 K, 23) P. Obuszkiewicz Karolina z Rodatycz 100 K, 24) P. Piźlowa Wanda z Tartakowa 200 K, 25) P. Reiss Betti 100 K, 26) P. Solarykówna ze Lwowa (dwie sieroty) 300 K, 27) P. Steidler Józefa ze Lwowa 50 K, 28) P. Szamedówna Z. ze Lwowa 120 K, 29) P. Szczepańska Adela ze Lwowa 200 K, 30) P. Wernicka Ludwika ze Lwowa 100 K, 31) P. Wasylewska Wanda z Buczacza (sierota) 200 K, 32) P. Widmanowa Michalina z Brzeżan 400 K, 33) P. Dr. Zawadil Bogusław ze Lwowa 200 K.

Razem 5.290 Koron.

Fundusze wieczyste Towarzystwa, przeznaczone na wsparcia. Tablica 6. naszych wykazów rachunkowych daje dokładne wyobrażenie o funduszach Towarzystwa. Stan funduszów, z których pobieramy odsetki, wynosił z dniem 31 grudnia 1913 roku 379.100 K nom. i 479·71 K gotówką; dług zaś Morszyna wynosi 23.408·09 K. Wraz z kwotą, z której pobierają dożywotnicy odsetki, wynosi stan funduszów 554.870·13 K. Przyrost papierów wartościowych w depozycie wynosi w r. 1913 44 400 K. Fundusze wieczyste mają obecnie osobną księgę główną, w której każdy fundusz ma swoje konto.

Ruch naukowy Towarzystwa ogniskował się w dwóch oddziałach miast uniwersyteckich, w Towarzystwie lwowskiem i krakowskiem. W oddziałach w Czortkowie, Jarosławiu, Przemyślu, Stanisławowie, Stryju i Zakopanem odbywały się posiedzenia. Niektóre oddziały ogłaszają streszczenia posiedzeń w naszych organach. Organizacya innych oddziałów pozostawia wiele do życzenia. Będzie zadaniem nasze, przy zmianie statutu, która jest w toku, obmyślić sposoby, któreby organizacyę oddziałów przemieniły i wzmocniły.

Pisma nasze, Przegląd lekarski i Tygodnik lekarski spełniają jak zawsze chlubnie swoje zadanie, z wielkim pożytkiem dla piśmiennictwa polskiego i dla nauki polskiej.

Po śmierci syndyka naszego, adwokata Dr. Tadeusza Sołowija, objął jego kancelaryę adwokat Dr. Władysław Sołowij. Kiedy tenże został dyrektorem Banku kredytowego, objął akta i sprawy naszego Towarzystwa adwokat Dr. Gorecki. Szereg spraw prowadził także adwokat Dr. Krzemieński. O przebiegu sprawy spadkowej po ś. p. Dr. Lukasie informował nas adwokat Dr. Zbyszewski.

II.

Sprawozdanie z Morszyna.

Obecnie urzędująca Rada zawiadowcza gospodaruje w Morszynie od lat trzech. Czysty dochód w tym czasie uzyskany, stanowiący fundusz inwestycyjny Morszyna, wynosi 8.400·34 K, a jeżeli do tego dodamy należną za rok 1913 resztę z należytości dzierżawnej, w kwocie 1.108 K 81 h, tedy czysty dochód uzyskany w 3 ostatnich latach wynosi 9.509·15 K. Na spłatę późniejszą należytości dzierżawnej zgodziliśmy się, ze względu na tegoroczną klęskę, powstałą skutkiem słoty.

Fundusz ten umożebnia wykonanie koniecznych inwestycyi, które potrzebne są do dalszego gospodarstwa; wydzierżawienie zakładu było dotąd z tego powodu niemożebne, że nie było funduszu na niezbędne inwestycye. Cały szereg dzierżawców układał się z nami o dzierżawę — każdy układ rozbił się o inwestycye. Zebranie obecnie istniejącego funduszu inwestycyjnego w najtrudniejszych warunkach — w latach klęski dla zdrojowisk, jest niewątpliwie zasługą obecnie przyjętego, oględnego i rachunkowego systemu gospodarowania.

Sprawa sprzedaży Morszyna przedstawia się w następujący sposób: Wydział krajowy w roku 1910 zawiadomił Towarzystwo nasze, że przedłoży Wysokiemu Sejmowi wniosek o zrzeczenie się ze strony kraju prawa substytucyi, i to z przychylną opinią. Obecnie już to Wydział krajowy wykonał. Skoro Wysoki Sejm zrzeknie się prawa substytucyi, starać się będziemy u Rządu o zmianę aktu fundacyjnego. Jeżeli i to nastąpi, wtedy dopiero Walne Zgromadzenie Towarzystwa lekarzy galicyjskich orzeknie, czy sprzedać Morszyn, czy też w inny sposób zapewnić Towarzystwu takie dochody, jakie odpowiadają wartości tej posiadłości.

Na razie zmuszeni jesteśmy administrować i nadal Morszynem. Doświadczenie pouczyło nas, że należyty rozwój zakładu, prowadzonego we własnym zarządzie, pomimo dzielnych kierowników, jakimi byli Dr. Sabatowski i Dr. Pohorecki, jest niemożebny. Zakład wymaga nieprzerwanej troski i wytrwałego nadzoru przez rok cały. Tej potrzebie zadość uczynić może tylko właściciel na miejscu mieszkający, albo dzierżawca, w którego interesie leży rozwój i udoskonalenie zakładu. Obecnie są w toku rokowania o wydzierżawienie zakładu na lat dziesięć.

III.

W skład Rady zawiadowczej wchodzili:

Prezes: kol. Machek Emanuel. Zastępca prezesa: kol. Rencki Roman. Sekretarz: kol. Zabłocki Stanisław. Skarbnik: kol. Schellenberg Leopold. Delegatami do Rady zawiadowczej wybrało Towarzystwo lekarskie lwowskie Prezesa i zastępcę prezesa, krakowskie kol. Browicza Tadeusza i kol. Ciechanowskiego Stanisława.

Walne Zgromadzenie wybrało kolegów: Fechtera Tadeusza (Jarosław), Gluzińskiego Antoniego. Lachowicza Zdzisława, Müllera Emila i Sołtysika Mieczysława (Stryj).

Z Rady zawiadowczej Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Lwów, dnia 20 lutego 1914.

Sekretarz: *St. Zabłocki.* Prezes: *Emanuel Machek.*

I. Zestawienie rachunków za rok 1913.

DOCHODY.

		Efekta	Gotówka	
	Stan gotówki 1 stycznia 1913		12.630	75
	I. Dochody zwyczajne:			
1	Morszyn zakład i posiadłość		21.047	39
2	Opłaty członków Towarzystwa lekarskiego lwowskiego		546	—
3	« » « » krakowskiego		422	—
4	Opłaty członków		6.776	35
5	Wpisowe		60	—
6	Dary na wdowy i sieroty		481	—
7	Dary ofiarowane z zastrzeżeniem kapitalizacyi, a dochody przeznaczone na wdowy i sieroty		9.937	50
8	Odsetki z kapitałów fundacyjnych i rachunków bieżących		14.743	94
	II. Dochody nadzwyczajne:			
9	Zrealizowano zapis prof. Czyżewicza wraz z odsetkami		25.239	88
10	Wylosowane papiery		2.070	80
11	Zakupione efekta dla funduszów wieczystych	45.000		
12	Wylosowane efekta z funduszu Barzyckiego kwit depozytowy Banku kraj. nr. 1217	1.500		
		46.500	93.955	61

WYDATKI.

		Efekta	Gotówka	
1	Morszyn zakład i posiadłość		19.896	95
2	Administracya		1.809	79
3	Przegląd lekarski		2.538	—
4	Tygodnik lekarski		2.535	75
5	Wsparcia stałe (pensye)		10.260	—
6	Wsparcia czasowe (zapomogi roczne)		5.290	—
7	Ulokowano w papierach wartościowych		36.529	58
8	Podatek ekwiwalentowy		521	24
9	Zwroty funduszom, odsetki drobnych funduszów		636	14
10	Zwrócono funduszowi Barzyckiego — kwit dep. Banku kraj. nr. 1217	1.800	—	—
		1.800	80.017	45
	Stan 31 grudnia 1913	44.700	13.938	16
	Razem	46.500	93.955	61

II. Bilans za rok 1913.

	Stan czynny	K	h
1	Pozostałość kasowa z 31 grudnia 1912: a) fundusz inwestycyjny Morszyna 8.400·34 K, b) gotówką . . . . 5.437·82 » . .	13.838	16
2	I. Fundusze niewzrastające. Papiery wartościowe nom. . . .	220.100	—
3	II. » wzrastające » » » . . .	150.600	—
4	III. » tworzące się » » « . . .	8.400	—
5	IV. » z których pobierają odsetki dożywotnicy	151.882	33
6	Własność funduszów, złożonych w Kasie Oszczędności	479	71
7	Morszyn winien funduszowi pensyjnemu Towarzystwa	23.408	09
8	Los turecki Nr. 294.398 należy do fundacyi Niedzwieckiego .	229	—
9	Depozyt w Banku krajowym (rachunek Morszyna)	1.000	—
10	Wartość Morszyna wraz z zakładem	268.045	—
	Razem . .	837.482	29

Stan czynny 31. XII. 1913 . . . . 725.105·54 K
Stan czynny 31. XII. 1912 . . . . 703.624·61 »
W roku 1913 powiększył się stan czynny o 21.480·93 K

	Stan bierny	K	h
	Długi na dobrach Morszyna		
1	Reszta I. pożyczki hipotecznej	66.482	58
2	Reszta II. pożyczki hipotecznej	22.486	08
3	Pożyczka z funduszów Towarzystwa	23.408	09
		112.376	75
	Stan czynny 31 grudnia 1913	725.105	54
	Razem . .	837.482	29

3. Lokacya walorów i kapitałów, stanowiących stan czynny.

Pozycya 1 a.

8.400·34 K ulokowane na książeczce Banku krajowego Nr. 684. Książeczka w przechowaniu skarbnika.

Pozycya 2 b.

5.437·82 K na rachunku Banku krajowego Nr. 684 do dyspozycyi prezesa wraz ze skarbnikiem. W przechowaniu skarbnika.

Pozycya 2, 3, 4.

Walory, mające zabezpieczenie pupilarne, złożone są w Banku krajowym — kwit depozytowy Nr. 2978 w kwocie 379.100 K nom.

Pozycya 5.

Zapis Dr. Jasińskiego w depozycie sądowym 91.055 K 22 h. Zapis Dr. Barzyckiego na 60.826 K 51 h, złożony w Banku krajowym — kwit depozytowy Nr. 1217, w przechowaniu skarbnika.

Pozycya 6.

Na książeczce Galicyjskiej Kasy Oszczędności Nr. 53085 w przechowaniu skarbnika 479 K 71 h.

Pozycya 8.

Los turecki Nr. 294.398 w przechowaniu skarbnika.

Pozycya 9.

Złożone w Banku krajowym.

4. Fundusz administracyjny.

1. Tygodnik lekarski	2538 K	— h	
2. Przegląd lekarski	2535 »	75 »	
3. Prowadzący książki i manipulantka	560 »	— »	
4. Dar dla wdowy po prowadzącym książki	100 »	— »	
5. Druki, księgi, wydatki kancelaryjne	99 »	05 »	
6. Należytość pocztowej Kasy Oszczędności	28 »	73 »	
7. Asekuracya kasy od włamania	12 »	28 »	
8. Oddziały prowincyonalne	80 »	— »	
9. Lokal, światło, opał	400 »	— »	
10. Kursor	63 »	— »	
11. Sekretarskie wydatki, portorya, telegramy	109 »	35 »	
12. Koszta administracyi Banku krajowego	142 »	98 »	
13. Portorya i zapomogi	5 »	98 »	
14. Druk znaczków na wody mineralne	91 »	42 »	
15. Druk sprawozaania za rok 1912	100 »	— »	
16. Stół do biura	17 »	— »	
	6883 K	54 h	

5. Fundacya Stillerów.

Rachunek Morszyna za rok 1913.

I. Dochody:

1. Polowanie	500 K	— h
2. Za sól morszyńską, dzierżawca p. Poratyński	770 »	16 »
3. Asekuracya leśniczego, płaci p. Poratyński	72 »	— »
4. Eckstein dzierżawa folwarku	3491 »	19 »
5. Za prawo wyszynku	525 »	— »
6. Zakład z łazienkami i pensyonat	13350 »	49 »
7. Za drzewo	250 »	— »
8. Spadkobiercy Reinherza w drodze ugody odstąpili od procesu i złożyli	300 »	— »
9. Ozyasz Eckstein za dzierżawę gruntu koło Medwejówki	50 »	— »
10. Na podatek za wyszynk	614 »	62 »
11. Wartość drzewa opałowego na deputaty i dla zakładu, wartość budulca, dochód z lasu	1123 »	93 »
	21047 K	39 h

II. Rozchody:

1. Asekuracya leśniczego	144 K	— h
2. Płaca leśniczego, klucznika, leśnego i wydatki na zalesienie	1820 »	— »
3. Naprawy — firma Bogdanowicz	100 »	— »
4. Asekuracya służby morszyńskiej	23 »	— »
5. Anonse	74 »	— »
6. Prestacya szkolna	72 »	60 »
7. Podatek ekwiwalentowy	304 »	50 »
8. Naprawa kotła	465 »	— »
9. Asekuracya od ognia	752 »	73 »
10. Raty Banku krajowego 3270 K + 1073·26 K	4343 »	26 »
11. Koszta prowadzenia zakładu i łazienek	8220 »	42 »
12. Podatki	1808 »	89 »
13. Administracya	30 »	— »
14. Podatek za prawo wyszynku	614 »	62 »
15. Wartość drzewa wydanego na deputaty, na opał do zakładu, łazienek	1123 »	93 »
	19896 K	95 h

6. Wieczyste fundusze Tow. z dniem 31 grudnia 1913.

I. Fundusze niewzrastające.

(Procenta wchodzą do funduszów pensyjnego i zapomogowego).

1. Dra Barzyckiego	2400	
2. » Biesiadeckiego	14300	
3. Prof. Czyżewicza	34000	
4. Dra Garbińskiego	2800	
5. » Jasińskiego	126300	
6. Fundusz jubileuszowy	3200	
7. Dra Krówczyńskiego	800	
8. » Krzeczunowicza	8600	
9. » Łuszczkiewicza	800	
10. » Mahla	3400	
11. » Merunowicza	4000	
12. » Niedźwieckiego	17300	
13. » Różańskiego	300	
14. » Józ. Świątkiewicza	1400	
15. » Szulisławskiego	500	
	220100	Razem 220.100·—

II. Fundusze wzrastające.

(Procenta wchodzą do funduszu pensyjnego i zapomogowego).

		na książeczce	Morszyn dłużny	
1. Prof. Gilewskiego	32.100	71·68	—	
2. Dra Lukasa	7.500	190·48	—	
3. Własny fundusz Tow. lek. galic.	111.000	—	23.408·09	
	150.600	262.16	23 408·09	174.270·25

III. Fundusze, których procenta przyłącza się na razie do kapitału.

1. Prof. Macheka	1.000	120·42	
2. » Marsa	3 800	18·91	
3. » Rydygiera	2.200	22·22	
4. » Ziembickiego G.	1.000	40·—	
5. Kaplica Morszyńska	400	16·—	
	8.400	217·55	Razem 8.617·55

IV. Fundusze, z których procenta pobierają dożywotniczki.

1, Dra Jasińskiego	91.055·82	
2. » Barzyckiego	60.826·51	
	151.882·33	151.882·33
		Razem 554.870·13

W depozycie Banku krajowego. Kwit depozytowy Nr. 2.978 było 31. XII. 1912 . . . . . . 334.700 K
W depozycie Banku krajowego. Kwit depozytowy Nr. 2.978 było 31. XII. 1913 . . . . . . 379.100 K
Przyrost depozytu w roku 1913 . . . . 44.400 K

Depozyt Dra Barzyckiego wzrósł w r. 1913 o 300 Koron, skutkiem wylosowania papierów wartościowych (1912: 60.526·51, 1913: 60.826·51 K).

I. Wykaz członków Towarzystwa lekarskiego lwowskiego.

1. Andruszewski Mieczysław
2. Auerbach Emanuel
3. Allerhand Henryk
4. Aschkenazy Zygmunt
5. Balicki Stanisław
6. Bałłaban Teodor
7. Barącz Roman
8. Bardecki Stanisław
9. Bądzyński Stanisław
10. Beck Adolf
11. Bednarski Adam
12. Begleiter Henryk
13. Berezowski Kazimierz
14. Berlstein Jakób
15. Bett Maksymilian
16. Bickeles Gustaw
17. Bieńkowski Bogumił
18. Blumenfeld Antoni
19. Bocheński Kazimierz
20. Bohosiewicz Teodor
21. Breiter Rudolf
22. Brill Marcin
23. Burzyński Alfred
24. Bylicki Władysław
25. Berger Mieczysław
26. Bandrowski
27. Chomin Antoni
28. Czarnik Stanisław
29. Czernecki Wincenty
30. Czaczkowski I.
31. Czyżewicz Adam
32. Chowańcówna Wanda
33. Czubalski Franciszek
34. Cieszyński Antoni
35. Damański Emanuel
36. Damm Albert
37. Danielski Zygmunt
38. Daum Ludwik
39. Dąbrowski Stefan
40. Dębicki Klemens
41. Diaczek Stanisław
42. Diamant Zygfryd
43. Doliński Eugeniusz
44. Dybuś-Jaworski August
45. Dmochowski Zdzisław
46. Drak Juliusz
47. Domaszewicz Aleksander
48. Ehrlich Dawid
49. Elektrowicz Emil
50. Elektrowicz Adam
51. Fels Izrael
52. Festenburg Gerard Edward
53. Feuerstein Izydor
54. Feuerstein Leon
55. Fox Jan
56. Franke Maryan
57. Fuchs Stanisław
58. Fuchsówna Franciszka
59. Gabel Wilhelm
60. Gabryszewski Antoni
61. Gabryszewski Tadeusz.
62. Gąsiorowski Napoleon
63. Gembarzewski Zygmunt
64. Godlewski Maryan
65. Gluziński Antoni
66. Gluziński Lesław
67. Głowacki Bolesław
68. Grabowski Mieczysław
69. Gracka Józef
70. Graf Józef
71. Grek Jan
72. Greliński Adam
73. Gröbel Emanuel
74. Gemski Wilhelm
75. Goldstein Naftali
76. Gerus Kazimierz
77. Goździewski Stanisław
78. Haisig Karol
79. Halban Henryk
80. Herman Maksymilian
81. Hermelin Eliasz
82. Hescheles Izydor
83. Hołobut Teofil
84. Hołodyński Jerzy
85. Hornowski Józef
86. Hornung Karol
87. Hückel Juljan
88. Heschelesówna Fryderyka
89. Handwerker Salomon
90. Jakubowski Karol
91. Janda Franciszek
92. Jedlička Michał
93. Jurasz Antoni
94. Janiček Rudolf
95. Jakowicki Władysław
96. Kaczyński Stanisław
97. Karchezy Eugeniusz
98. Kasparek Juljan
99. Kicki Tytus
100. Kielanowski Bolesław
101. Kikinger Edward
102. Kohlberger
103. Konopacki Mieczysław
104. Kośmiński Franciszek
105. Kossak Leon
106. Koliers Zdzisław
107. Kowalski Edmund
108. Krasucki Kazimierz
109. Krzyżanowski Kalikst
110. Kucharski Piotr
111. Kučera Paweł
112. Kuhn Adolf
113. Kulczycki Aleksander
114. Kwiatkiewicz Stanisław
115. Knapczyk Aleksander
116. Łaba Roman
117. Lachowicz Zdzisław
118. Lateiner Emil
119. Legeżyński Wiktor
120. Lenartowicz Jan
121. Leńko Zenon
122. Leszczyński Roman
123. Lewicki Stanisław
124. Lilien Norbert
125. Litwinowicz Tadeusz
126. Lipski Kazimierz
127. Ludwig Stanisław
128. Łukasiewicz Włodzimierz
129. Linkówna Zofia
130. Lehm Samuel
131. Lazarus Hugo Leon
132. Loth
133. Machek Emanuel
134. Mahl Fryderyk
135. Majewski Adam
136. Mańkowski Ludwik
137. Margulies Maksymilian
138. Marischer Juljan
139. Markowski Józef
140. Markowski Zygmunt
141. Mars Antoni
142. Mazanek Ignacy
143. Mehrer Henryk
144. Meisels Juljusz
145. Meisels Samuel
146. Mayer Józef
147. Mikołajski Szczepan
148. Mikulski Antoni
149. Miszke Tadeusz
150. Modrakowski Jerzy
151. Müller Emil
152. Münzer Jakób
153. Mayer Abraham
154. Michałowicz Mieczysław
155. Musiał Albin
156. Notz Juljusz
157. Nowicki Witold
158. Nelken Jan
159. Obmiński Ksawery
160. Opieński Jan
161. Orzechowski Kazimierz
162. Ostrowski Tadeusz
163. Owczarski Bronisław
164. Panek Kazimierz
165. Pańczyszyn Maryan
166. Papée Jan
167. Piasecki Eugeniusz
168. Pilewski Oskar
169. Pisek Wilhelm
170. Podlewski Kazimierz
171. Pogonowska Marya
172. Pohorecki Andrzej
173. Popielski Leon
174. Praschil Tadeusz
175. Progulski Stanisław
176. Prus Jan
177. Pfau Leopold
178. Pietrzycki Ignacy
179. Philipp Emil
180. Raczyński Jan
181. Reichenstein Marek
182. Reinhold Jonasz
183. Reis Wiktor
184. Rencki Roman
185. Rosner Ignacy
186. Rothfeld Jakób
187. Rubin Aron
188. Ruff Salomon
189. Rump Henryk
190. Rydygier Ludwik
191. Rehan Zygmunt
192. Rupp Jan
193. Sabat Bronisław
194. Sabatowski Antoni
195. Schellenberg Leopold
196. Schneider Natan
197. Schramm Hilary
198. Selcer Józef
199. Selcer Jakób
200. Serbeński Walery
201. Sielski Szczęsny
202. Sieradzki Włodzimierz
203. Silberstein Emil
204. Silberstein-Diamandowa Zofia
205. Singer Emanuel
206. Skałkowski Bronisław
207. Sochański Józef
208. Sochański Henryk
209. Solecki Kazimierz
210. Schneider Karol
211. Sołowij Adam
212. Spalke Zygmunt
213. Stachiewicz Teofil
214. Starklówna-Węgrzynowska Stella
215. Starzewski Józef
216. Stauber Salomon
217. Stenzel Rudolf
218. Stroynowski Edward
219. Świątkiewicz Michał
220. Świątkowski Jan
221. Świątkowski Stefan
222. Świtalski Mieczysław
223. Stumpf Władysław
224. Stęising Zdzisław
225. Sandauer Ignacy

226. Szczurkowski Stanisław
227. Szpilman Józef
228. Szumowski Władysław
229. Szydłowski Zdzisław
230. Szyjkowski Leopold
231. Szymański Henryk
232. Szymonowicz Władysław
233. Skórczewski Witold
234. Sohn Izaak
235. Smolin Bazilius
236. Szadkowski Piotr
237. Schusterówna Helena
238. Stobiecki Zygmunt
239. Siengalewicz Sergjusz
240. Szczepański Zdzisław
241. Skrowaczewski Paweł
242. Tobiaszek Józef
243. Toczyski Franciszek
244. Tomaszewski Zdzisław
245. Trzcieniecki Kazimierz
246. Turnau Karol
247. Tenenbaum Salomon
248. Wachtel Antoni
249. Wachnianin Miron
250. Walichiewicz Tadeusz
251. Wallach Zygmunt
252. Weksler Emil
253. Wein Henryk
254. Weinreb Mojżesz
255. Wernicki Kazimierz
256. Węgrzynowski Lesław
257. Wiczkowski Józef
258. Wiczyński Tadeusz
259. Wieser Ignacy.
260. Woytkowski Jan
261. Wolf Aron
262. Wyhowski Władysław
263. Wyrzykowski Kazimierz
264. Willner Zygmunt
265. Zabłocki Stanisław
266. Zakrzewski Józef
267. Zalewski Teofil
268. Zawadil Bogumił
269. Zbyszewski Leon
270. Zgórski Kazimierz
271. Ziembicki Grzegorz
272. Ziembicki Witold
273. Zion Oswald
274. Zakrejs Franciszek
275. Zaorski Jan.
276. Litwinowicz Orest

II. Wykaz członków krakowskiego Towarzystwa lekarskiego.

1. Ackerman Adam
2. Prof. Bujwid Odon
3. Buzdygan Mikołaj.
4. Prof. Dobrowolski Stanisław
5. Dąbrowski Ludwik
6. Prof. Hoyer Henryk
7. Józefczyk Tadeusz
8. Prof. Kader Bronisław
9. Prof. Klecki Karol
10. Prof. Kostanecki Kazimierz
11. Kozłowski Michał
12. Krokiewicz Antoni
13. Prof. Krzysztalowicz Franciszek
14. Kwaśnicki Augustyn
15. Prof. Łazarski Józef
16. Łobaczewski Adam
17. Prof. Nowotny Franciszek
18. Prof. Reiss Władysław
19. Schwarz Albin
20. Prof. Wachholz Leon
21. Prof. Wicherkiewicz Bolesław
22. Wilczyński Ludwik
23. Aronsohn Julian
24. Aronsohn Samuel
25. Bannet Arnold
26. Prof. Baurowicz Aleksander
27. Berezowski Tadeusz
28. Berggrün Alfred
29. Bier Leonard
30. Blassberg Maks
31. Boczar Stanisław
32. Bogdanik Józef
33. Borzęcki Eugeniusz
34. Bossowski Aleksander
35. Braun Stanisław
36. Brudzewski Karol
37. Bujak Władysław
38. Cercha Maks.
39. Prof. Chlumsky Wacław
40. Prof. Ciechanowski Stanisław
41. Cybulski Teodor
42. Czerny Edward
43. Dadej Kazimierz
44. Damski Wacław
45. Doboszyński Ludwik
46. Droba Stanisław
47. Dundaczek Karol
48. Dura Józef
49. Edelmann
50. Eichhorn Ferdynand
51. Eiger Maryan
52. Engländer Bernard
53. Filipkiewicz Stefan
54. Filipkiewicz Władysław
55. Flis Kazimierz
56. Frączkiewicz Jan
57, Friedman Ludwik
58. Frommer Artur
59. Prof. Gliński Leon Konrad
60. Prof. Godlewski Emil
61. Godlewski Maryan
62. Gólski Stanisław
63. Górski Ksawery
64. Grażyński Edward
65. Grzybowski Grzegorz
66. Habicht Kazimierz
67. Hackbeil Bronisław
68. Rogalski Romuald
69. Hirsch Dawid
70. Hirsch Herman
71. Hladij Józef
72. Prof. Horoszkiewicz Stefan
73. Jabłoński Antoni
74. Jakobsohn Leopold
75. Jankowski Stanisław
76. Janiszewski Tomasz
77. Jasieński Józef
78. Jaugustyn Stanisław
79. Prof. Jaworski Walery
80. Kania Władysław
81. Kapellner Maurycy
82. Kleczkowski
83. Komorowski Bolesław
84. Kopf Leon
85. Korabczyńska Bronisława
86. Krongold Regina
87. Korolewicz Bolesław
88. Kostecki Jan
89. Kostrzewski Józef
90. Koźniewski Jan
91. Kramarzyński Adam
92. Kruczek Szczepan
93. Krzyszkowski Józef
94. Krzysztoń Kazimierz
95. Kupczyk Edward
96. Kwiatkowski Benedykt
97. Lachs Jan
98. Landau Jan (senior)
99. Landau Jan (junior)
100. Landau Rafał
101. Lang Ottokar
102. Prof. Latkowski Józef
103. Leinkram Michał
104. Prof. Lewkowicz Ksawery
105. Lustgarten Ludwik
106. Loria Maria
107. Lustig Samuel
108. Prof. Łepkowski Wincenty
109. Borowiecki
110. Majewicz Edmund
111. Prof. Majewski Kazimierz
112. Malinowski Gustaw
113. Marcisiewicz Feliks
114. Markowa Ada
115. Prof. Maziarski Stanisław
116. Mazurkiewicz Jan
117. Mączka Tomasz
118. Meliński Fryderyk
119. Merunowicz Tadeusz
120. Merz Alfred
121. Prot. Mięsowicz Erwin
122. Millet Abraham
123. Mirtenbaum Z.
124. Murczyński Władysław
125. Murdzieński Franciszek
126. Nitsch Roman
127. Nowaczyński Jan
128. Oświęcimski Feliks
129. Owsiński Józef
130. Pachoński Antoni
131. Piątkowski Maryan
132. Prof. Piltz Jan
133. Piotrowski Tymoteusz
134. Pisarski Tadeusz
135. Pisek Henryk
136. Pluciński Michał
137. Prof. Ponikło Stanisław
138. Potrzebowski Piotr
139. Poźniak Stanisław
140. Praetzel Gustaw
141. Radecki Paweł
142. Radliński
143. Radwańska Wanda
144. Rose Maks.
145. Rosenblatt Emanuel
146. Rosenhauch Edmund
147. Prof. Rosner Aleksander
148. Ruppertowa Kazimiera
149. Różycki Feliks
150. Prof. Rutkowski Maks
151. Rydel Adam
152. Schlank Józef
153. Służewski Karol
154. Schneider Ludwik
155. Schoengut Stefan
156. Schudmak Antoni

157. Schumann Franciszek
158. Sędzielowski Józef
159. Seńkowski Michał
160. Sikorska Helena
161. Sikorski Stanisław
162. Skobel Stanisław
163. Skórkowski Wacław
164. Skudro Stanisław
165. Śliwiński Michał
166. Sopiński Józef
167. Spira Rafał
168. Stahr Eliasz
169. Stankiewicz Wiktor
170. Staszewski Mieczysław
171. Steinberg Bernard
172. Sternbach Dawid
173. Steuermark Zygmunt
174. Stopczański Jan
175. Surzycki Józef
176. Syrop Jakób
177. Świątek Wincenty
178. Szurek Stanisław
179. Trzciński Bogusław
180. Prof. Talko Hryncewicz
181. Wachtel Zygmunt (senior)
182. Wachtel Zygmunt (junior)
183. Wąsowicz Zygmunt
184. Weinsberg Jakób
185. Weinberg Regina
186. Weissglas
187. Weber Henryk
188. Wernikowski Wiktor
189. Wespański Antoni
190. Witaliński Wincenty
191. Wojciechowski Bruno
192. Woynarowski Karol
193. Zamorski Stanisław
194. Zanietowski Józef
195. Żeleński Tadeusz
196. Żuliński Edward
197. Prof. Żuławski Karol
198. Walcer
199. Zubrzycki Józef
200. Grünhut Józef
201. Glassner Roman
022. Szymański Ant.
203. Drobniewicz
204. Żydłowicz Władysław
205. Meliński J.
206. Weber Henryk
207. Ruppertowa Kazimira
208. Skudro Stanisław
209. Landau Maurycy
210. Wąsowicz Zygmunt
211. Czyrniański A.
212. Momidłowski Walery
213. Zakrzewski Wacław
214. Michejda Karol
215. Jaworski Kazimierz
216. Lauer Aleksander
217. Prof. Wrzosek Adam
218. Majer Karol
219. Kramarzyński Mieczysław
220. Nartowski Mieczysław.

III. Wykaz członków Towarzystwa lekarzy galicyjskich, należących do oddziałów prowincyonalnych.

1. Acker S., Szczerzec
2. Altmann Z., Jezierzany
3. Baczyński A., Czortków
4. Baczyński E., Zborów
5. Bąkowski T., Wadowice
6. Baraniecki R., Kossów
7. Bednarski J., Alwernia
8. Bednarski J., Nowy Targ
9. Benoni F., Dynów
10. Beaurain K., Zakopane
11. Bielatowicz M., Nisko
12. Bielecki J., Rymanów
13. Bienenwald J., Buczacz
14. Biliński M., Peczeniżyn
15. Bilowicki L., Biały Kamień
16. Blech B., Przemyśl.
17. Blumental I., Bolechów
18. Bory J., Drohobycz
19. Borysiewicz N., Monasterzyska
20. Bilwin M., Mielnica
21. Byliński J., Janów ad Trembowla
22. Brodziński L., Mikulińce
23. Brzeziński E., Zakopane
24. Bujalski M., Obertyn
25. Bulikowski S., Wiedeń
26. Buraczyński, Czerniowce
27. Chalbazany B., Stryj
28. Choróbski S., Podhajce
29. Chuderski F., Kossów
30, Chramiec A., Zakopane
31. Ciepielowski K., Kolbuszowa
32. Cieszewski W., Nadwórna
33. Czaplicki Z., Zakopane
34. Czyżewicz W., Jarosław
35. Dadlec J., Rawa ruska
36. Danielski J., Rzeszów
37. Dawidowicz E., Stanisławów
38. Dembowski M., Podgórze
39. Dietzius A., Jarosław
40. Dłuski K., Zakopane
41. Dobieński Wł., Jaremcze
42, Dobrucki G., Stanisławów
43. Dolnicki C., Stryj
44. Drzymalik S., Żółkiew
45. Dwernicki S., Borysław
46. Dziewoński W., Kęty
47. Dzikowski Z., Tarnów
48. Edelheit Z., Sanok
49. Edelszein A., Bóbrka
50. Ehrlich H., Przemyśl
51. Eichel E., Skole
52. Eliasiewicz Z., Drohobycz
53. Fechter T., Jarosław
54. Feldmann M., Jarosław
55. Ferensiewicz M., Bohorodczany
56. Fiałkowski W., Rzeszów
57. Finkel H., Zamarstynów
58. Fleszar J., Łańcut
59. Fonferko A., Żywiec
60. Frank A., Mielec
61. Friedberg J., Brody
62. Friedwald A., Jarosław
63. Frydman Z., Gorlice
64. Gabryszewski T., Bóbrka
65. Gałek J., Borszczów
66. Garguliński E., Czortków
67. Gaschge M., Jarosław
68. Gawlik J., Sucha
69. Gawlik J. (junior), Zakopane
70. Gąsiorowski St.. Winniki
71. Gąsiorek F., Łapanów
72. Giełczyński W., Bohorodczany
73. Glücksman S., Wiśniowczyk
74. Gładyszowski E., Kopyczyńce
75. Godłowski A., Lisko
76. Górka J., Sędziszów
77. Gołębiowski K., Stanisławów
78. Górski S., Rybotycze
79. Grabscheid C., Żydaczów
80. Hammerschlag R., Krościenko
81. Hanakowski W., Oświęcim
82. Händel A., Jarosław
83. Harasowski A., Delatyn
84. Hernich F., Rudnik
85. Herscher J., Husiatyn
86. Hintze R., Rzeszów
87. Hitzner A., Jasło
88. Hyżycki C., Przemyślany
89. Hordyński D., Tarnopol
90. Idziński W., Żywiec
91. Ikałowicz M., Bolechów
92. Iłowicki M., Leżajsk
93. Jaciów M., Magierów
94. Jajus M., Soakl
95. Januszkowski A., Zakopane
96. Jarocki P., Sokal
97. Jarosz W., Złoczów
98. Jasiński S., Nowy Sącz
99. Jaworowski M., Jasło
100. Jaworowski, Szczerzec
101. Jaworski B., Kołomyja
102. Jeger J., Tłuste
103. Jeż A., Weleśnica
104. Josse J., Nadwórna
105. Jung K., Brody
106. Jungst W., Borynia
107. Kadyi J., Jasło
108 Kapellner M., Borysław
109. Karaś A., Sucha
110. Karpiński S., Trembowla
111. Kiczales I., Stryj
112. Knauer W., Radłów
113. Kołączkowski J. Szczawnica
114. Komorowski C., Przeworsk
115. Konera S., Lubaczów
116. Kotłowski S., Dolina
117. Kowalewski E., Myślenice
118. Kowalski M., Stryj
119. Kowenicki A., Brzeżany
120. Kowenicki W., Tarnopol
121. Kozłowski Br., Drohobycz
122. Krasowski S., Stanisławów
123. Kraszewski W., Zakopane
124. Kraus A., Dolina
125. Krzyształowicz G., Mikołajów
126. Kubisztal St., Stanisławów
127. Kudas J., Sanskimost
128. Kurasiewicz J., Sanok
129. Kurowiec J. Kałusz
130. Kurzyniec W., Dąbrowa
131. Kuźniar W., Tarnobrzeg
132. Kwieciński M. Biała
133. Landau S., Andrychów
134. Langsam G., Nowy Targ
135. Laskiewicz A., Niźniów

136. Lebedowicz E., Mościska
137. Lechowicz W., Bóbrka
138. Lechowski W. Drohobycz
139. Lewicki L., Kołomyja
140. Lewicki Z., Krosno
141. Lic F., Jagielnica
142. Lic H., Brzozów
143. Loewy A., Nisko
144. Loewy O., Przeworsk
145. Ławrowski W., Nisko
146. Łodygowski I., Milówka
147. Łodziński J., Myślenice
148. Łowczowski W., Wojnicz
149. Maciejowicz S., Tartaków
150. Markiewicz D., Kałusz
151. Malsburg H., Brzeżany
152. Małaczyński R., Tłamacz
153. Meisels Z., Jarosław
154. Meller I., Baranów
155. Mendlowski W., Gliniany
156. Michalik J., Tarnopol
157. Michalski W., Skole
158. Milewski T., Kołomyja
159. Mondschein M., Stanisławów
160. Morawski K., Zakopane
161. Mosler M., Żółkiew
162. Mossor K., Cieszanów
163. Muszkiet K., Żółkiew
164. Mossoczy St., Chyrów
165. Nacht E., Jarosław
166. Natter W., Frysztak
167. Nikliborc, Kalwarya Zebrz.
168. Niziołek P., Brzozów
169. Nycz W. Biała
170. Nowotny G., Zakopane
171. Opolski J., Stanisławów
172. Opydo F., Wadowice
173. Orłowski W., Jarosław
174. Orski J., Jaworów
175. Ostafiński M., Stanisławów
176. Ostersetzer A., Czortków
177. Ozimek S., Tarnów
178. Ożarowski S., Uhnów
179. Pająckowski W., Sanok
180. Pawlicki T., Stary Sącz
181. Peczenik L., Stryj
182. Pelczar Z., Drohobycz
183. Piaskiewicz W., Kołomyja
184. Pietrzycki A., Bochnia
185. Pilzer H., Tarnów
186. Piotrowski W., Kamionka St.
187. Pohorecki W., Husiatyn
188. Poliwka K., Stanisławów
189. Połochajło J., Lubaczów
190. Porajewski J., Lisko
191. Porycki Br., Bukaczowce
192. Przybylski S., Próchnik
193. Puzon R., Jarosław
194. Ramer S., Sanok
195. Rappaport O., Synowódzko wyż.
196. Rawski T., Rozdół
197. Riezer A., Chrzanów
198. Rose E., Rawa ruska
199. Rosen A., Zaleszczyki
200. Rosenblüth E., Lubaczów
201. Roth S., Żurawno
202. Roth J., Krempna
203. Rossberger S., Jarosław
204. Rotter A., Cieszanów
205. Różecki J., Zakopane
206. Ruczka S., Niżankowice
207. Rudzki St., Zakopane
208. Sawicki A., Kańczuga
209. Schmeidler L., Radymno
210. Schutt E., Przemyślany
211. Seidlerówna, Stanisławów
212. Sekanina F., Rożniatów
213. Serkowski E., Stryj
214. Siedlecki J., Nowy Sącz
215. Siegel Z., Rymanów
216. Silberstein J., Przeworsk
217. Skibicki A., Brzeżany
218. Skórski M., Żywiec
219. Slączka A., Krosno
220. Slęk Fr., Przemyśl
221. Ślusarczyk A., Oświęcim
222. Smyczyński I., Przeworsk
223. Sobelsohn F., Wiśniowczyk
224. Sobieszczański L., Sambor
225. Sołtysik M., Stryj.
226. Soniewicki T., Stary Sambor
227. Spannbauer K., Sucha
228. Spatz M., Jarosław
229. Spiegel E., Frysztak
230. Stanowski Z., Winniki
231. Stokłosiński F., Rawa ruska
232. Strumieński A., Brody
233. Stupnicki., Kamionka str.
234. Tarchalski J., Zator
235. Tarnawski A., Kossów
236. Taub S., Strzyżów
237. Terlecki A., Rohatyn
238. Teufel S., Sieniawa
239. Tiegermann E., Drohobycz.
240. Tokarski F., Jedlicze
241. Topolnicki J., Tarnopol
242. Tryniecki B., Grodzisko
243. Trzaskowski J., Jarosław
244. Tworowski J., Weitersfelden Oberów
245. Turnhaim J., Jarosław
246. Turteltaub J., Lisko
247. Turzański G., Jarosław
248. Uhacz B., Maków
249. Udziela M., Gródek Jag
250. Urbanik W., Tarnobrzeg
251. Vincenz A.. Peczeniżyn
252. Wachs Majer., Żółkiew
253. Wachnianin J., Rawa ruska
254. Wągrowski K., Czortków
255. Walczyński J., Tarnów
256. Walsleben T., Krosno
257. Wehrn L., Mikołajów
258. Weinreb S., Budzanów
259. Werner K., Sniatyn
260. Wieselmann J., Zakopane
261. Wilczyński L., Zakopane
262. Wilder J., Drohobycz
263. Wilson R., Kopyczyńce
264. Winogrodzki A., Oświęcim
265. Wojnarowski W., Zupanjac (Bośnia)
266. Woyczyński M., Zakopane
267. Wurst K., Kałusz
268. Wisłocki J., Zakopane
269. Zadurowicz E., Turka
270. Zaorski B., Busk
271. Zaremba G., Wadowice
272. Zasadzki S., Szczurowice
273. Zatłokal B., Brzeżany
274. Zauderer B., Trawnik (Bośnia)
275. Zawadzki A., Czortków
276. Zbigniewicz J., Tarnów
277. Zborowski J., Andrychów
278. Zieliński E., Nowy Sącz
279. Żędzianowski S., Wadowice
280. Żukotyński F., Ropczyce
281. Żychoń S., Zakopane

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 18. III. b. r. posiedzenie, na którem przedstawili chorych kol. prym. Borzęcki, Bujak, prof. Kader, prof. Lewkowicz i Schlank. W dyskusyi przemawiali kol. Blassberg, Glatzel, prof. Gliński, Latkowski, Lewkowicz i Kader.

— Dyplom doktorski uzyskali pp. Eugeniusz Stanisław Rąpała rodem z Jaćmierza, Stanisław Typrowicz z Mszany i Franciszek Jan Waga z Przeciszowa w Galicyi.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 1. III. do 7. III. 1914 zgłoszono przypadków: błonicy 2 † — (obcych 5 † 2), krztuśca 6 † 1 (— † —), ospy wietrznej — † — (— † —), płonicy 20 † 3 (3 † 1), odry 12 † — (1 † —), duru brzusznego — † — (— † —), zapalenia opon m. — † —, róży — † —, tężca — † — (1 † —).

Dr Janiszewski.

Warszawa. Dr Franciszek Neugebauer mianowany został członkiem honorowym belgijskiego Towarzystwa ginekologiczno-położniczego w Brukseli.

Ruch chorych zakaźnych w szpitalu im. Karola i Maryi dla dzieci w Warszawie. Od 22. II. do 7. III. r. b. przyjęto do szpitala przypadków: płonicy 9 † 1, błonicy — † —, duru brzusznego 3 † —, dławca krtani 1 † —, gruźlicy płuc 1 † —, gruźliczego zapalenia opon mózgowych 1 † 3.

W tymże czasie zgłosiło się do ambulatoryum przypadków: odry 2, błonicy 3, krztuśca 8, ospy wietrznej 1.

Dr Łyskawiński.

Z różnych stron. Za staraniem lekarzy, głównie dolnoaustryackich, podjęto myśl stworzenia w Bad Hall sanatoryum dla wdów i sierot po lekarzach. Do komitetu zajmującego się tą sprawą należy m. i. namiestnik Górnej Austryi i prezydenci prawie wszystkich Izb lekarskich.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

Szczawa Krondorfska uznana za najlepszą i naturalną.
Najlepsze skutki w nieżytach żołądka i pęcherza, jakoteż dróg oddechowych. 205
Prospekty rossyła na żądanie Brunnen-Unternehmung Krondorf bei Karlsbad lub też Generalna reprezentacya dla Galicyi i Bukowiny, Kraków, Grodzka 46, Lwów, Sykstuska 81.

DR. ST. BENEDYKT KWIATKOWSKI 282
B. I. Asystent Kliniki chorób wewnętrznych U. J. ordynuje **w Meranie** (Haus Venosta) do **końca kwietnia** od **maja** zaś **w Maryenbadzie** (Haus Hamburg).

Rok LIII. Kraków, dnia 28. marca 1914. Nr 13.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

†

PROFESOR JULIAN KOSIŃSKI

Z Warszawy nadeszła wiadomość o śmierci profesora Dr Juliana Kosińskiego.

Pamiętamy Go chyba wszyscy chirurgowie, gdy na ostatnich Zjazdach we Lwowie i Krakowie przed kilku laty jako prezes honorowy prowadził obrady. Pogodny, rześki, czerstwy, sprawiał czcigodny Nestor chirurgów polskich wrażenie sił niespożytych. Ani sędziwy wiek, ani ogrom pracy przebytej nie pozostawiły na tej spiżowej postaci swych niszczących śladów. Zdawaćby się mogło, że nie da się przewidzieć granic trwałości tego mocarza. Naturalnie złudzenia rozwiać się muszą i oto jesteśmy w obliczu faktu, że Kosińskiego już niema.

Był to i chirurg i człowiek miary niezwykłej. Bystry spostrzegacz, orlim swym wzrokiem, niemal graniczącym z intuicyą, wydzierał naturze prawdy dla innych ukryte — i był w dyagnozie niezrównany. A wynik swej rozpoznawczej pracy umysłowej i twórczych błysków podawał zawsze w formie prostej, skromnej jasnej, zwięzłej, bez cech apodyktycznej supremacyi nad otaczającymi.

Jako operator był w technice prawie niedościgniony. Pozorna powolność ruchów, ich precyzya i celowość, — żadnego poruszenia zbytecznego, — na razie nie olśniewały. Zdumiewało natomiast, jak łatwo pokonywał największe trudności techniczne i jak krótko trwały zabiegi ciężkie, wykonywane bez śladu pośpiechu. Przy operacyi zawsze był jednaki, czy zabieg drobny, czy najpoważniejszy, zawsze skupiona spokojna twarz, tak, iż mało świadomy rzeczy nie zdawał sobie nieraz sprawy, jak groźna sytuacya w danej chwili została paru drobnymi ruchami opanowana.

Jako nauczyciel był prawdziwym przyjacielem młodzieży. Wykład jasny, zwięzły, nie przeładowany szczegółami, ujmował trafnie jądro sprawy; niestety, w moich wspomnieniach słyszę go w języku obcym, narzuconym; swojską jednak atmosferę na wykładach podtrzymywało, że profesor mówił z akcentem litewskim, a do chorych przemawiał po polsku. Zawsze otoczony licznem gronem asystentów, bardzo wiele od nich wymagał i umiał budzić zamiłowanie do chirurgii. Ze szkoły Jego wyszedł liczny zastęp dziś czynnych wybitnych chirurgów w Warszawie i w Królestwie.

A teraz kilka szczegółów biograficznych.

Urodzony w r. 1833 w Iwaniszkach w kowieńskiem na Litwie, studya lekarskie kończył w Petersburgu, poczem przeniósł się do Warszawy, początkowo jako lekarz wojskowy w warszawskim wojskowym szpitalu ujazdowskim. Niebawem w r. 1862 mianowany prosektorem anatomii w warszawskiej Akademii lekarskiej, pełnił następnie te same obowiązki w Szkole Głównej. Od r. 1866 do 1868 bawił zagranicą, gdzie studyował anatomię patologiczną i chirurgię kliniczną, przeważnie w Berlinie i w Londynie.

Po powrocie do kraju w r. 1869 otrzymuje stanowisko profesora chirurgii początkowo w klinice szpitalnej (szpitala Dziec. Jezus), potem w wydziałowej — w szpitalu św. Ducha. Stanowisko to zajmował do r. 1899. Opuściwszy katedrę, w dalszym ciągu nie przestawał w chirurgii być czynnym i do ostatnich lat operował w zakładach leczniczych licznych chorych, przyczem podziwiać było można, jak wiek nic nie wpływał na sprawność operatora.

Profesor Kosiński brał żywy udział w organizacyi szpitalnictwa, będąc członkiem Rady dobroczynności publicznej, a następnie, po umiastowieniu szpitali, przewodnicząc w odpowiedniej komisyi miejskiej

Kilkakrotnie był obierany prezesem warszawskiego Towarzystwa lekarskiego, przewodniczył również przez lat parę Towarzystwu higienicznemu; Zjazdy lekarzy i przyrodników polskich wybierały Go wielokrotnie swym prezesem honorowym, a Towarzystwa lekarskie polskie ofiarowały Mu godność członka honorowego.

O rozmiarach i kierunku pracy naukowej zmarłego profesora świadczy długi spis Jego prac naukowych, których liczba przekracza sto dwadzieścia.

Zygmunt Radliński.

Z oddziału chorób wewnętrz. szpitala krajowego w Sarajewie.

Kilka uwag i spostrzeżeń o nerwicach wegetatywnych.

Skreślił

Prof. Dr L. Korczyński.

(Ciąg dalszy).

W jamie ust spotykamy się z natury rzeczy tylko z zaburzeniami, wymienionemi na pierwszem miejscu, i to w postaci obfitszego wydzielania śliny, które potęgować się może aż do powstawania istotnego ślinotoku. Jako samodzielny wyłączny objaw nerwicy autonomicznej występuje jednak ślinotok chyba bardzo tylko wyjątkowo; zazwyczaj stanowi tylko część całego zespołu objawów nerwicy.

Ze skargą na obfite gromadzenie się śliny spotkać się można w przypadkach nadmiernego wydzielania soku żołądkowego w czasie trawienia i w sokotoku, znacznie jednak częściej w przypadkach wagotonii jelitowej. Do pospolitych zjawisk należy ślinotok, jako zjawisko odruchowe przy pasorzytowaniu czerwi w jelitach. Wspominamy o tem dlatego na tem miejscu, że równocześnie stwierdzić można nierzadko także i inne znamiona podrażnienia autonomicznego. Znaną jest także obfitość ciałek eozynochłonnych we krwi, którą znajdujemy u wagotoników, jakkolwiek w mniejszym stopniu.

Postępując dalej porządkiem topograficznym, omówimy z kolei rzeczy nerwowe zaburzenia w przełyku.

Do łagodniejszych objawów nerwicy należą już niemiłe uczucia, powstające przy połykaniu. Chory odnosi wrażenie, jakby kęs pokarmu z trudem posuwał się naprzód, a nawet zatrzymywał po drodze, czemu towarzyszyć może uczucie kurczu, a nawet kurczowego bólu pod mostkiem. Utrudnienie łykania bywa niekiedy tak znaczne i utrzymuje się tak stale, że mimowoli rodzi się przypuszczenie zwężenia przełyku. Jeden z takich przypadków przysłany mi został na oddział przed dwoma laty. Historyi choroby nie powiodło się odszukać. Przypominam sobie jednak dokładnie, jak przy badaniu zgłębnikiem utkwił zgłębnik w dolnej części przełyku i jak długo trzeba było przeczekać, mimo natychmiastowego wstrzyknięcia pod skórę mieszaniny roztworów atropiny i morfiny, zanim skurcz ustąpił. Zgłębnik przeszedł wtedy zupełnie gładko do żołądka, a wraz z tem rozjaśniła się odrazu przyroda »połykowego«, czysto czynnościowego zwężenia przełyku. Stała się ona tembardziej jasną, skoro przez dalsze badanie można było wykryć inne jeszcze znamiona wygórowanego napięcia w układzie autonomicznym. Chory opuścił oddział wyleczony.

Kurcz przełyku, naśladujący zwężenie, nie przydarza się w ogóle często. Daleko częściej spotkać się można z chorymi, którzy podają, że doznają napadowo od czasu do czasu uczucia, jakby kłębka lub kuli, posuwających się z dołka sercowego ku górze, lub tkwiących pod mostkiem. Jestto znany już nawet w powieściowem piśmiennictwie t. zw. »globus hystericus«. Tylko, że z histeryą nie ma on nierzadko nic wspólnego, a jest wyrazem zazwyczaj falistych, niekiedy ściśle ograniczonych kurczów mięśni przełykowych i przedstawia odrębny typ nerwicy autonomicznej. W przypadku, który opisałem niedawno w »Przeglądzie lekarskim«, były tego rodzaju kurcze przełykowe pierwszym objawem napadu wagotonicznego. Nie będzie może niewłaściwe, jeśli w związku z całością zajmującej nas w tej pracy sprawy powtórzę w krótkości to spostrzeżenie, w gruncie rzeczy bardzo ciekawe i wcale niecodzienne.

Mehmed M. lat 40, wyznania muzułmańskiego, z Maglaju w Bośni, przyjęty na oddział 3 marca 1911 r.

W y w i a d y: Chory kilkakrotnie zapadał na zdrowiu. I tak w 21. r. ż. przebył jakąś chorobę gorączkową, trwającą 7 tygodni. W 32. r. ż. zapadł po raz wtóry i rzekomo przez 6 miesięcy nie był zdolny do pracy. Bliższych szczegółów, któreby pozwalały na jakiekolwiek wnioski o przyrodzie tej choroby, dowiedzieć się nie można. Przed 6 laty miał chory przebyć dur brzuszny. Z końcem sierpnia ubiegłego roku zaczęły się pojawiać najrozmaitsze objawy przyrody nerwowej, zmienne co do jakości i siedziby, a w ogóle, jak z opowiadania chorego wynika, bardzo nietrwałe. Na większą uwagę z pośród nich zasługują: przypadłości ze strony narządu pokarmowego jak: odbijania po jedzeniu, zgaga, niekiedy ból pod mostkiem, nieregularne oddawanie stolca ze skłonnością do okresowych biegunek i do okresowego zaparcia. Poza tem doznawał chory uczucia pieczenia skóry, czasami pojawiały się krótkotrwałe swędzące wysypki skórne. Przed 18 dniami pojawiły się skurcze w zakresie mięśni szyi i barku. Powstają one codziennie rano, trwają rozmaicie długo, czasami aż do południa. Poza tem podaje chory, że od 5 miesięcy nie może spółkować. Miewa wprawdzie chwile podniecenia płciowego, ale nie ma odwagi zdobyć się na sam akt spółkowania w przekonaniu, że mu się nie uda. Co kilka dni miewa polucye. Niezwykle często pojawia się parcie na mocz, który też chory często oddawać musi.

S t a n o b e c n y: Mężczyzna średniego wzrostu, miernie odżywiony. Budowa czaszki niezupełnie symetryczna, prawa połowa twarzy słabiej rozwinięta. Źrenica prawa nieznacznie szersza, aniżeli lewa. Odruchy źrenic tak wobec działania światła, jak i przy akomodacyi zupełnie prawi-

dłowe. Ruchomość gałek ocznych dobra. Przy patrzeniu zbieżnem występuje na jaw niewytrzymałość prawego mięśnia prostego wewnętrznego (insufficientia convergentiae). Język obłożony, trzęsie się. Ruchomość podniebienia miękkiego prawidłowa. Odruchu gardłowego brakuje. Szyja krótka. Mięśnie szyjne silnie rozwinięte, jędrniejsze, aniżeli to zwykle bywa. Większą jędrnością odznacza się także mięsień barkowy. Pobudliwość mechaniczna mięśni wzmożona. Przy lekkiem względnie uderzeniu młotkiem opukowym powstają w mięśniu piersiowym i w m. dwugłowym ramienia bardzo silne odruchy, w miejscu zaś uderzonem tworzy się typowy wał, który dopiero po paru sekundach znika. Od tego wału rozchodzą się wzdłuż włókien mięśnia, w górę i w dół, fale skurczów całych pęczków. Odruchy ścięgniste prawidłowe. Zaburzeń w czuciu niema. Narządy wewnętrzne nie okazują zmian ważniejszych. Na uwagę zasługuje tylko zwolnienie tętna, najwyraźniejsze w czasie napadów, ustępujące miejsca okresowemu przyspieszeniu. Liczba

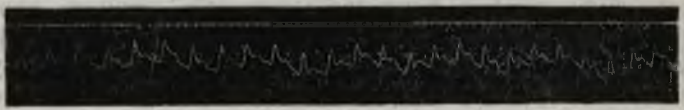


Ryc. 2.

tętna waha się w bardzo rozległych granicach, między 46 — —92 uderzeń na minutę. Wielką pobudliwością odznaczają się włosowate naczynia skórne. Nawet lekkie przesunięcie rękojeścią młotka po skórze wywołuje czerwone pasy, występujące doraźnie po zadrażnieniu i utrzymujące się niezwykle długo.

Badanie żołądka wykazało nieco większą ilość kwasu solnego przy równoczesnem przyspieszeniu wydalania treści pokarmowej. Kwaśność po śniadaniu próbnem, zależna od HCl, wynosiła około 30⁰. Po 3 kwadransach był żołądek próżny. Skład moczu prawidłowy.

Napady, o których chory wspominał w wywiadach, mieliśmy sposobność spostrzegać kilkakrotnie przez dłuższy przeciąg czasu. Każdy z nich rozpoczynał się uczuciem kurczowego bolu w dołku sercowym. Kurcz posuwał się szybko ku górze z towarzyszeniem odbijań i prawie mimowolnych ruchów połykowych. Równocześnie z tem pojawiał się ślinotok, silne zaczerwienienie twarzy i obfite poty. Twarz, ramiona i górna część klatki piersiowej kąpały się wprost w pocie. Wraz ze ślinotokiem i poceniem się występowały skurcze mięśniowe w zakresie m. barkowego, mostkowo-obojczykowego i mostkowognykowego, mniej wyraźnie w zakresie mięśni gnykowotarczowego i gnykowołopatkowego. Skurcze te widać wcale dobrze na rycinie. (Ryc. 2). Z początkiem napadu przeważa typ tężcowy, każdy skurcz trwa parę sekund. Później powtarzają się skurcze o wiele szybciej, a wreszcie wytwarza się rodzaj rytmu o kilku drganiach na sekundę. Głowa wykonuje wtedy ruchy wahadłowe od przodu ku tyłowi. Podczas największego nasilenia napadu nie może chory mówić swobodnie, z trudem prawie wykrztusza wyrazy. Sprawia to wrażenie, jakby i mięśnie krtani brały udział w skurczach. W czasie napadu liczba tętna maleje, tętno staje się miękkie, fala jest wszakże dość wysoka. Na krzywych tętna (Ryc. 3) zaznacza się bardzo wyraźnie wpływ oddychania; przy głębokich oddechach powstaje wybitna oddechowa niemiarowość.



Ryc. 3.

W opisanym przypadku stanowiły kurcze przełykowe jeden z ważniejszych, ale nie jedyny objaw nerwicy autonomicznej. Jako przykład czystej przełykowej wagotonii posłużyć może następujące spostrzeżenie:

Paulina T. lat 46, żona starszego nadzorcy lasowego z powiatu Rogatica w Bośni, przyjęta na oddział 24 listopada 1913 r.

Wywiady: Chora cierpi od szeregu lat na przypadłości żołądkowe w postaci kwaśnych odbijań po jedzeniu i zgagi, które znikają na pewien czas i pojawiają się napowrót. Stolec przeważnie zaparty. Na wiosnę 1912 r. jakaś choroba gorączkowa z bolami w klatce piersiowej i w brzuchu, trwająca 8 dni (zapalenie płuc?). Lekarza nie wzywano. Od czasu tej choroby pojawiają się napady kurczowych odbijań i czkawki, trwające niekiedy 24 godzin, nawet i dłużej. Napad rozpoczyna się bolem w dołku sercowym. Wśród napadu nastaje silne zaczerwienienie skóry na twarzy, zjawia się obfity ślinotok, niestale także i pocenie. Miesiączkowanie zupełnie prawidłowe, co 4 tygodnie przez 2—3 dni.

Badania: Budowa ciała i odżywienie dobre. Twarz niezupełnie umiarowa. Skóra twarzy zaczerwieniona. Język nie obłożony, drży. Błona śluzowa gardła soczystsza. Odruch gardłowy bardzo słaby. Szyja miernie długa, gruczoł tarczowy daje się wyraźnie wyczuć, jest zbitszy. Gruczoły chłonne niemacalne. Klatka piersiowa dobrze zbudowana. W narządzie oddechowym zmian nie ma. Uderzenie serca nieco rozlane, widoczne na większej przestrzeni, wstrząśnienia przy obmacywaniu słabe. Stłumienie serca na przestrzeni prawidłowej; tony czyste. Na szyi widać wyraźne tętnienie tętnic szyjnych, w okolicy obojczyków, tętnic podobojczykowych. Tętno sprychowe miernie napięte, liczba tętna zmienna, między 54—84. Powłoki brzuszne z obfitą podściółką tłuszczową. W głębi brzucha wyczuć można silnie tętniącą i bolesną przy ucisku aortę brzuszną. Jelito esowate wypełnione grudkami twardego kału, skurczone. Obmacywanie okolicy żołądka, względnie opukiwanie tejże nie sprawia chorej bolu. Wrażliwość uciskową stwierdzić można tylko w dołku sercowym w okolicy wpustu żołądka. Mocz o składzie prawidłowym, zawiera większą ilość barwików. Pobudliwość naczynioruchowa skóry wzmożona. Odruchy mięśniowe nieco silniejsze, odruchy ścięgniste prawidłowe. Zmian w czuciu nie ma. W zachowaniu się chorej i całej sferze psychicznej nie można stwierdzić nic nieprawidłowego.

Przy badaniu krwi znaleziono ciałek białych 8600. Stosunek odsetkowy leukocytów przedstawia się w następujący sposób: Ciałek białych neutrochłonnych 50·4%, limfocytów 27·1%, wielkich ciałek jednojądrzastych 8·3%, ciałek przejściowych 6·7%, ciałek eozynochłonnych 7%, bazofilnych leukocytów 0·5%.

Napad, który miałem sposobność spostrzegać, różnił się od napadów czkawki w zwykłej jej postaci. Nie było tu zupełnie cechujących nagłych skurczów przepony. To, co można było widzieć, a raczej słyszeć, przypominało raczej odgłos, jaki powstaje przy połykaniu sporego łyku płynu. Poprostu odnosiło się wrażenie, że chora bez przerwy coś łyka. Od czasu do czasu zjawiało się głośne odbijanie. I mimowoli trzeba tu było myśleć, że mamy przed sobą osobę, która łyka powietrze i potem wśród głośnych odbijań wydala je z żołądka. Różnica leżała wszakże w tem, że łykacze powietrza — (aerofadzy, Luftschlucker) — czynią to z samowiedzą, a w naszym przypadku ruchy połykowe były zupełnie bezwolne i sprawiały przytem chorej bardzo niemiłe uczucie, a nawet wprost ból kurczowy i powtarzały się prawie bez przestanku. W czasie napadu była twarz chorej istotnie zaczerwieniona i wilgotna, istniało przytem obfite wydzielanie śliny. Liczba tętna spadała do 54 uderzeń w minucie.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Sprawozdania.

Leczenie radem nowotworów złośliwych w ginekologii.

Sprawozdawca Dr Tadeusz **Kon**.

Piśmiennictwo: 1) Chéron i Rubens Duval. Fortschr a. d. Gebiete der Röntgenstrahlen T. 21, Z. 2. — 2) Hirsch. Fortsch. a. d. Gebiete der Röntgenstr. T. 21. Z. 2. — 3) Krönig. Strahlentherapie T. 3. Z. 2. — 4) Wertheim. Strahlentherapie T. 3. Z. 2. — 5) Wickham i Degrais. Strahlentherapie T. 3. Z. 2. — 6) Bayet. Strahlentherapie T. 3. Z. 2. — 7) Weckowski. Berliner kl. Wochenschr. 1914 Nr 2. — 8) Simon. Berl. kl. Woch. 1914 Nr 2. — 9) Abel. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. 1914 Nr 3.

Rad w leczeniu chorób kobiecych ma wielu zwolenników i wielu przeciwników. Gdy jedni chcą wszystkie przypadki raka, któreby jeszcze mogły być operowane, leczyć jedynie za pomocą radu, to inni wręcz przeciwnie nie przypisują radowi żadnego znaczenia. Doświadczenie C h é r o n a i R u b e n s a D u v a l a opiera się na zbadaniu klinicznem i histologicznem przeszło 150 przypadków, które w przeciągu lat 5 poddawali oni leczeniu za pomocą radu. Wytyczne punkta techniki leczenia radem nienadających się do operacyi raków szyjki macicy i pochwy, są następujące: 1) Nie nadający się do operacyi rak macicy i pochwy powinien być leczony według metody »ultrapenetrujących« promieni Dominiciego 2) Zastosowane być powinny duże dawki tych promieni 3) Czem większą ilość radu stosujemy, tem większa powinna być filtracya. Chéron i Rubens Duval są przekonani, że znaczenie radu w leczeniu raka jest bardzo doniosłe. Gdyby powyższych wytycznych trzymali się i inni autorzy, nie mieliby ujemnych wyników przy stosowaniu radu. Krönig, Gauss, Döderlein, Bumm, Pinkus i inni również stosują wielkie dawki ultrapenetrujących promieni Dominiciego i mają dobre wyniki. Na pytanie czy dotychczasowe wyniki są o tyle zupełne i trwałe, żeby można oddać pierwszeństwo leczeniu zapomocą radu i mesotoru przed leczeniem chirurgicznem, odpowiadają Chéron i Duval w sposób następujący: Być może, że przyszłość należy do leczenia zapomocą radu, jeżeli nie ze względu na to, że leczenie to da więcej wyleczeń, niż leczenie chirurgiczne, to z tego choćby względu, że leczenie zapomocą radu nie daje samo przez się zejść śmiertelnych, które daje leczenie chirurgiczne. Dzisiaj jednak jeszcze za wcześnie ostatecznie rozstrzygać to pytanie. Ponieważ Cheron i Duval leczyli zapomocą radu tylko przypadki, nie nadające się do operacyi, więc najcięższe, nie mogą przeto otrzymywanych wyników porównywać z wynikami leczenia chirurgicznego, stosowanego w przypadkach najlepszych, mianowicie w przypadkach dających się operować. Niektórzy niemieccy autorzy zaczynają leczyć zapomocą mesotoru przypadki, dające się operować, a więc niezadługo można będzie porównać obydwie metody. Bez zaprzeczenia pewne początkowe formy raka będą nadawać się do leczenia zapomocą radu, inne natomiast do leczenia chirurgicznego.

H i r s c h podnosi, co następuje: 1) Leczenie nowotworów złośliwych promieniami Röntgena, radem i mesotorem znajduje się dopiero w początkowym okresie swego rozwoju. Pomimo tego już dziś można powiedzieć, że metoda radowa przewyższa znacznie wszelkie inne dotychczasowe metody leczenia raka 2) Technika zastosowania promieni Röntgena została w ostatnich latach znacznie uzupełniona. Technika zastosowania promieni radu stale postępuje. 3) Działanie promieni jest tylko miejscowe i ogranicza się jedynie do miejsc, na które są promienie skierowane, a zależnie od siły i ilości zastosowanych promieni sięga i na kilka centymetrów w głąb. Na miejsca zajęte rakiem, głębiej położone, promienie te nie wywierają żadnego wpływu lub też bardzo mało. Przerzuty zmianom nie ulegają. 4) Działanie promieni na raka jest wprost swoiste. Jądra i protoplazma komórek nabłonkowych rozpadają się, również tkanka łączna podlega głębokim zmianom. O ile filtracya promieni jest prawidłowo przeprowadzona, zdrowe komórki pozostają zupełnie nieuszkodzone. 5) Chociaż promienie Röntgena dają daleko lepsze wyniki, niż promienie radu i mesotoru, to jednak promienie radowe ze względu na prostszy i dogodniejszy sposób stosowania będą miały pierwszeństwo przed innymi promieniami. 6) Działanie promieni na poszczególne rodzaje raka nie jest jednakowe. Raki płaskokomórkowe wogóle daleko szybciej poddają się działaniu promieni, niż głębiej położone raki gruczołowe; nawet przy identycznych obrazach chorobowych klinicznie działanie promieni nie jest jednakowe. 7) Mięsaki i raki torbielowe z budową brodawkową (mit papillärem Bau) najłatwiej poddają się leczeniu zapomocą promieni. Kombinacya leczenia zapomocą radu ze stosowaniem środków chemicznych, mających powinowactwo do nowotworów, daje doskonałe wyniki. Ze środków tych zasługują na uwagę połączenia arsenu, telluru, selenu i sole cholinowe.

K r ö n i g wywodzi, co następuje: Gdy leczenie nowotworów łagodnych, n. p. mięsaków macicy, stoi dzisiaj poza dyskusyą, to sprawa leczenia promieniami nowotworów złośliwych dzisiaj jeszcze nie jest rozstrzygnięta. Nie pomyli się jednak ten, kto powie, że w tej dziedzinie osiągnięto wyniki obiecujące. Dowiedziono już, że tak promienie Röntgena, jak i substancye promieniotwórcze, oddziałują swoiście na raki i mięsaki. Tak jedne, jak i drugie promienie niszczą komórki rakowe, nie uszkadzając przytem komórek tkanek prawidłowych. Tak jedne, jak i drugie promienie przy odpowiedniej filtracyi działają swoiście nietylko na raki powierzchowne, ale i na głębiej leżące. Czem bliżej rak leży źródła energii promieniującej, tem wyraźniejsze jest działanie tej energii na komórki rakowe. Dlatego też są tak uderzające wyniki działania wysokich dawek mesotoru, szczególniej przy rakach pochwy, przedsionka szyjki macicznej, macicy i odbytnicy. Wszyscy badacze są tego przekonania, że znaczna ilość substancyi promieniotwórczej przy odpowiedniej filtracyi w połączeniu z filtrowanymi promieniami Röntgena w ten sposób wpływają na raka tych części, że wszelkie objawy, związane z istnieniem raka,

jak rozpad i krwawienie, znikają tak, że na miejscu n. p. kalafiorowatego nowotworu powstaje gładka blizna, w której nawet przy głębokiem nacięciu raka wykryć nie można. Stąd i ogólne doświadczenie, że przy raku trzonu macicy, o ile promienie mesotoru są odpowiednio filtrowane, nowotwór tak znika, iż przy następnem wyskrobaniu nie można już raka znaleźć. Wszystkie te wyniki mogą być coprawda tylko czasowe, podobnie, jak po leczeniu operacyjnem. Krönig przypuszcza, że ostateczny sąd o działaniu substancyi promieniotwórczych i promieni Röntgena na głębiej położone raki nie wcześniej będzie mógł wydać, jak po upływie 4 – 5 lat. Jak ten sąd wypadnie, trudno dziś przewidzieć. Badania w tym kierunku na klinice fryburskiej są prowadzone zaledwie $1^3/_4$ roku. Ze względu na to, że operacyjne leczenie raka często daje wyniki śmiertelne, lub nawroty, zachęca Krönig do prób leczenia promieniami także przypadków, nadających się do operacyi. Wypowiada przytem nadzieję, że wyniki będą tutaj równie długotrwałe, jak przy leczeniu operacyjnem. Gdyby oczekiwania zawiodły, to jednak następcze, pooperacyjne leczenie promieniami znajdzie szerokie pole, gdyż w ten sposób odsuwamy na daleką metę powstawanie nawrotów. Krönig otrzymywał doskonałe wyniki, stosując długi czas po leczeniu operacyjnem raka (w tem raka jajników, szyjki i odbytnicy) silne promienie Röntgena i promienie mesotoru. Być może, że nadzieje, pokładane w leczeniu raka promieniami, rozwieją się, możliwe są i ujemne wyniki tego leczenia, lecz bez optymizmu wiedza i technika nie robiłyby postępów. Gdyby nie było tego optymizmu, który przyświecał badaczom, nie osiągnęlibyśmy w ostatnich dwu latach tak błogosławionych dla chorych wyników, jakie dziś mamy, lecząc bez operacyi mięsaki i metropatye krwotoczne.

W e r t h e i m stwierdza, że we wszystkich przypadkach leczenia raka zapomocą radu daje się zauważyć wyraźny wpływ tak klinicznie, jak makroskopowo i mikroskopowo. Makroskopowo nowotwór znacznie się zmniejsza, jamy wrzodziejące zabliźniają się. Mikroskopowo komórki rakowe giną. Raki powierzchowne przy stosowaniu radu i mesotoru zupełnie znikają, ale ten sam wynik otrzymujemy, stosując wyskrobanie z następczą paklenizacyą, lub przez amputacyę części pochwowej. Dlatego też w podobnych przypadkach Wertheim nie daje pierwszeństwa leczeniu zapomocą radu czy mesotoru, a to tembardziej, że na głębsze ich działanie trudno liczyć, a jeżeli ono nawet następuje, to nie na długo. W daleko posuniętych przypadkach naciek rakowy sięgać może głęboko w ściany macicy lub do przymacicznej tkanki łącznej; w takich przypadkach zupełne zniknięcie raków przy leczeniu radem lub mesotorem jest niemożliwe. Żeby rak zniknął i z okolicznych gruczołów chłonnych, nikt jeszcze nie stwierdził. Niejakie działanie na te gruczoły nie jest jednak wykluczone. Wertheim głębszego działania promieni nie stwierdził, natomiast zauważył w całym szeregu przypadków ujemne działanie tak na cały ustrój, jak i miejscowe. Ujemny wpływ na cały ustrój objawia się schudnięciem, osłabieniem działalności serca, rozwolnieniem, podwyższeniem się ciepłoty, rozdrażnieniem nerwowem, bezsennością; miejscowe objawy polegają na zbliznowaceniu i obumarciu tkanki niezrakowaciałej, na nacieku tkanki łącznej miednicy, zgrubieniu otrzewnej, zapaleniu najniższej części jelita grubego, pojawianiu się parcia na stolec (tenesmus), na utrudnieniu czynności pęcherza, na mniej lub więcej silnych bólach. Bez wątpienia te ujemne wpływy zostają znacznie zmniejszone przy odpowiedniej technice i filtracyi promieni. Przy dużych jednak dawkach promieni filtracya nie może tym szkodom zapobiedz. Wertheim jest przekonany, że operacya doszczętna po leczeniu radem lub mesotorem napotyka na znaczne trudności i daje większą śmiertelność. Rokowanie pooperacyjne ze względu na stan ogólny jest wtedy również gorsze. Wertheim nie radzi stosować stale więcej, niż 3000 mg. na godzinę (3000 mg. Stunden). Kliniczne objawy ogólne, jak stan podmiotowy, apetyt, sen, stan sił, krwi, czynność jelit i pęcherza należy ściśle nadzorować. Nie należy dyskredytować leczenia chirurgicznego, które, jak dotychczas, daje najpewniejsze wyniki pod względem leczniczym. W swojem leszeniu operacyjnem raka macicy ma Wertheim 50% zupełnych wyleczeń. Jedynie przy ostrożnem przeprowadzaniu dalszych badań nad leczeniem radem i mesotorem można będzie uniknąć fatalnych przypadków śmierci badanych.

W i c k h a m i D é g r a i s stoją na tem stanowisku, że każdy rak, dający się operować, powinien natychmiast być operowanym. Ze względu na możliwe nawroty na miejscu operacyi, lub ze względu na przerzuty, którym operacya mogła wrota otworzyć, należy blizny pooperacyjne poddawać naświetlaniu. Korzyść tego zabiegu zależy od mniejszej lub większej złośliwości usuniętego nowotworu. Jeżeli połączenie leczenia chirurgicznego z leczeniem zapomocą radu ma dać dobre wyniki z rakiem, to stosowanie radu musi odpowiadać pewnym wymaganiom. Przedewszystkiem jest rzeczą konieczną, ażeby promienie mogły dosięgnąć wszystkich składników chorobowych, a przedewszystkiem podstawy nowotworów i części sąsiednich. Dla uzyskania tych warunków może być pomocną chirurgia przez otwarcie najkorzystniejszych dróg i przez usunięcie wielkiej części tkanki nowotworowej. Jest również koniecznem, aby promienie dosięgały wszystkich chorych miejsc także w dostatecznej i l o ś c i, ażeby zdołały tkankę nowotworową zupełnie zniszczyć. Jeżeli tego nie osiągamy, to promienie nie niszczą komórek nowotworowych, lecz działają na nie pobudzająco, i zamiast osiągnąć dobre wyniki, osiągamy wyniki wprost przeciwne. Dostateczna ilość promieni radowych w leczeniu nowotworów odgrywa nadzwyczaj ważną rolę. Wickham i Dégrais są dalecy od myśli, ażeby leczenie chirurgiczne nowotworów można zastąpić leczeniem zapomocą radu. Te dwa środki lecznicze można jedynie złączyć, rozszerzywszy przytem pole działania chirurgii i promieni. Taka kombinacya będzie zbawienną dla chorych.

B a y e t podaje następujące spostrzeżenia nad rakiem macicy. 1) Rak szyjki. Zastosowanie radu w niektórych zwłaszcza formach raka szyjki daje świetne wyniki. Można przed zastosowaniem promieni wykonać wyskrobanie, co jednak nie jest konieczne. W pewnym przypadku osądzono, że chora z rakiem szyjki i z rozpoczynającym się naciekiem nowotworowym w więzadłach szerokich nie nadaje się do operacyi. Zastosowano więc rad i amputacyę szyjki. Od trzech lat chora więcej nie krwawi, a przy badaniu sklepienia pochwy są miękkie i podatne. U innej chorej, nie nadającej się do operacyi, na próbę wyskrobano macicę, następnie zastosowano rad i chora od przeszło trzech lat zdaje się być najzupełniej wyleczona. 2) Rak trzonu i szyjki. I w tych przypadkach oddaje rad nieocenione przysługi. Niszczy on zrosty i zgrubienia, które unieruchomiają macicę i w ten sposób udaje się wiele raków, które zrazu nie nadawały się do operacyi, udostępnić dla zabiegu. 3) Przy raku trzonu macicy, dokonawszy rozszerzenia szyjki, łatwo wprowadzić rad do wnętrza macicy. W tych przypadkach krwotoki ustają, jak również znika rozpad i cuchnienie.

Co się tyczy raków głęboko położonych, to autor dochodzi do następujących wniosków: 1) Raki głęboko położone tak w jamie brzusznej, jak i w klatce piersiowej, dotychczas nie nadają się do leczenia zapomocą radu ze względu na trudności skierowania na nie dostatecznej ilości promieni. 2) Jeżeli jednak na raki głęboko położone uda się zadziałać dostateczną ilością promieni, to raki takie poddają się działaniu radu. 3) Jeżeli operacya może być dokonana, lepiej operować. 4) Przed operacyą w wielu przypadkach byłoby dobrze zastosować promienie radu lub Röntgena. 5) Zastosowanie promieni Roentgena lub radu po operacyi jest wskazane. 6) Połączenie promieni Röntgena lub radu z zabiegiem chirurgicznym znacznie wpłynie na pomyślne rokowanie przy niektórych operacyach, szczególniej przy raku sutka.

Weckowski podaje następujące wnioski: 1) Substancye promieniotwórcze, rad i mesotor niszczą tkankę rakową. Żaden z dotyczas znanych środków podobnie nie działa. 2) Wpływ promieni Röntgena różni się od wpływu promieni radu, trudno dziś orzec, czy ilościowo, czy jakościowo. Raki, które opierają się działaniu promieni Röntgena, poddają się działaniu radu. 3) Dobre wyniki są zależne od wielu czynników, a przedewszystkiem od filtracyi, od ilości substancyi promieniotwórczej, od oddalenia preparatu radyoczynnego od nowotworu. Zdaniem Simona leczenie promieniami ma doniosłe znaczenie praktyczne. Działanie jednak promieni ogranicza się do działania miejscowego; lekarzowi jednak dostają się zwykle przypadki, w których sprawa nowotworowa przestała być miejscową i już uogólnia się. Wtedy w grę wchodzi »therapia magna sterilisans«, gdyż wtedy i leczenie musi być ogólnem, opartem również na stosowaniu metod chemoterapeutycznych.

Abel zwraca uwagę na następujące szczegóły: Duże dawki radu przynoszą szkodę zdrowym tkankom ustroju, co już niejednokrotnie podnosił Bumm w swoich odczytach. w berlińskiem Towarzystwie lekarskiem. Dzisiaj niema jeszcze jedności w ocenie leczenia raka zapomocą radu. Również jeszcze nie ustalono, jakie dawki radu stosować należy. Bumm stanowczo odradza stosować duże dawki, co n. p. robi klinika fryburska, z tego względu, że sprawiają one znaczne szkody w ustroju. Gauss w berlińskiem Towarzystwie lekarskiem głosił, że przypadki raka macicy, nadające się do operowania, powinny być również leczone zapomocą radu; temu jednak sprzeciwiali się stanowczo prawie wszyscy mowcy w dyskusyi. Zwolennicy leczenia zapomocą radu zgadzają się na jedno, że o ile tkanka rakowa ma być zniszczona zapomocą promieni radu, to promienie te muszą być w dostatecznej ilości i sile skierowane na chore miejsce. Działanie więc promieni radowych odpowiada działaniu środków przyżegających z tą różnicą, że promienie radu działają nietylko na powierzchni, lecz i w głąb. Niektórzy twierdzą, że promienie radu mają szczególne powinowactwo do tkanki rakowej, a Krönig uważa to wprost za rzecz nie podlegającą wątpliwości W rzeczywistości tak jednak nie jest. Jeżeliby tak bowiem było, toby promienie radowe nie uszkadzały tkanki zdrowej w tym stopniu, jak ją w rzeczywistości uszkadzają, a co Bumm i Wertheim niejednokrotnie stwierdzili i opisali. Brande n. p. w »Technice leczenia zapomocą mesotoru« (Zentr. f. Gyn. 1914 Nr 2) mówi, co następuje: Mówią o powinowactwie promieni do komórek rakowych. Z działania jednak promieni także na zdrową tkankę należy wysnuć wniosek, co już i Bumm uczynił, że promienie te w komórkach rakowych wywołują prędzej zwyrodnienie, niż w komórkach zdrowych; w ten sposób jedynie można objaśnić powinowactwo promieni do komórek rakowych. Kiedy rak pod wpływem promieni zostaje zupełnie zniszczony, to zdrowe komórki nie okazują jeszcze wtedy żadnych objawów zwyrodnienia, przynajmniej przy dzisiejszych metodach badania histologicznego. Komórki te jednak już wtedy mogą być zmienione, choć tego stwierdzić nie potrafimy, i giną dopiero później, n. p. po pół roku lub jeszcze dłużej«. O tych późniejszych szkodach w zdrowych komórkach wiemy z zastosowania promieni Röntgena. Przy dłuższej obserwacyi spostrzegamy uszkodzenia tkanki zdrowej przy leczeniu promieniami. Według Bumma promienie radu działają nie o wiele głębiej, niż 4 cm. Jeżeli więc przeciwnik leczenia doszczętnego będzie leczyć raka części pochwowej lub raka szyjki, nadającego się do operacyi, zapomocą promieni, to wrócimy się w ten sposób do tych czasów, kiedy w tych przypadkach zadowalnialiśmy się amputacyą części pochwowej. A że to było niedostatecznem, więc zaczęto w tych przypadkach usuwać macicę, potem nietylko macicę, lecz i więzadła szerokie i przydatki, a od czasów Freunda wykonujemy wielką operacyę z usunięciem także i gruczołów. Przekonano się przytem, że nawet w początkowych okresach raka części pochwowej lub szyjki gruczoły chłonne bywają już naciekłe. Autor sam przedstawił niedawno w berlińskiem Towarzystwie lekarskiem przypadek raka dna macicy, stojącego w związku z jednoczesnym bardzo wczesnym rakiem części pochwowej. Jeżelibyśmy w tym przypadku leczyli część pochwową zapomocą promieni, to napewno spóźnilibyśmy się z operacyą raka dna, gdyż tymczasem rak dna takby się daleko posunął, że żaden zabieg operacyjny jużby nie pomógł. Dlatego też autor radzi leczyć zapomocą promieni tylko te przypadki, które się do operacyi nie nadają, lub gdzie rak jest bardzo daleko posunięty. Jeżeli natomiast chodzi o raka wczesnego, kiedy operacya może być dokładnie przeprowadzona, to należy zaraz przystąpić do operacyi doszczętnej. Możliwie wcześnie po operacyi należy zastosować energiczne leczenie promieniami. Czy tutaj zastosować promienie radu, czy też zupełnie twarde promienie Röntgena, o tem przyszłość rozstrzygnie. Autor jest przekonany, że połączenie operacyi z następczem leczeniem promieniami da trwałe i bardzo dobre wyniki w leczeniu nowotworów złośliwych.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Sato: **W sprawie gruźliczej klatki piersiowej i operacyi przy gruźlicy szczytów płuc.** (Deut. Zt. f. Chir. 126 1.). Podobnie, jak i Sumita, dochodzi S. na podstawie swych badań do przekonania, że opisane przez Freunda zmiany w chrząstce pierwszego żebra nie są pierwotne, lecz są dopiero następstwem gruźlicy. Ani długość, ani szerokość chrząstki nie ma żadnej wybitnej łączności z powstawaniem gruźlicy. Podobnie skrzywienie kręgosłupa nie stanowi żadnego usposobienia do gruźlicy płuc. Wczesne skostnienie chrząstki żebrowej nie jest cechującem przy gruźlicy dla pierwszego żebra, występuje nieraz i na innych żebrach, a nawet z ominięciem pierwszego. Operacyjne przedzielenie chrząstki pierwszego żebra działa korzystnie jedynie w ten sposób, że uniemożebnia podnoszenie się pierwszego żebra przy oddychaniu i przez to pozostawia płuco w spokoju. To samo jednak osiągnąć można przez przecięcie mm. pochyłych (musc. scaleni). K.

Leuble. **Helioterapia gruźlicy stopy.** (D. Zt. f. Chir. 125. 5). Praca z zakładu Rolliera w Leysin. Od r. 1913 leczono słońcem 94 przypadków gruźlicy stopy, z czego w 87 osiągnięto do roku zupełne wyleczenie, ze znakomitą sprawnością stawów. Rokowanie złe przy białkomoczu. K.

Jurasz. **Wyciąg przy leczeniu ropnych zapaleń stawów.** (Tow. lek. Lipsk XII. 191). Przy leczeniu spraw ropnych ostrych w stawach zaleca Jurasz zamiast zwykłego układania w szynie, stosowanie wyciągu, co niezmiernie korzystnie działać ma na gojenie się, skraca czas leczenia i nieraz wpływa dodatnio na następową ruchomość stawu. K.

Mayer: **W sprawie leczenia skrzywień kręgosłupa sposobem Abbotta.** (Tow. lek. Kolonia II. 1914). M. pokazuje dwóch chorych w opatrunku podług Abbotta. Ten sposób leczenia wiedzie często i szybko do pozornego usunięcia skrzywień żeber, ale nawet skrzywienia kręgosłupa nie usuwa nieraz w zupełności, albowiem siła prostująca nie działa tu bezpośrednio na sam kręgosłup, lecz na żebra, a połączenie żeber z kręgosłupem jest zbyt stałe, by to mogło zmienić ułożenie kręgosłupa. Korzystnem natomiast jest wyzyskanie sił oddechowych w leczeniu. W każdym razie w niektórych przypadkach może ten sposób leczenia oddać bardzo cenne usługi. K.

Blencke: **Szkoła a skrzywienie kręgosłupa.** (Tow

lek. Magdeburg XI. 1913). B. stara się zbić twierdzenie, że szkoła jest główną przyczyną wytwarzania się skrzywień kręgosłupa. B. zbadał 1631 skrzywień »szkolnych« i przekonał się, że z tego 946 powstało już przed wstąpieniem dziecka do szkoły, 162 po ukończeniu szkoły, a tylko 523 podczas uczęszczania do szkoły, i to głównie u dzieci krzywiczych, lub dotkniętych innem cierpieniem, jak zmiany statyczne, schorzenia nerwów, mięśni, tak że po wyłączeniu tych pozostało zaledwo 178 skrzywień, któreby do szkodliwego wpływu szkoły wyłącznie odnieść należało. Właśnie te skrzywienia były jednakże nieznaczne i nie pogarszały się. Jeżeli stan skrzywienia pogarsza się w szkole, to najmniej do tego przyczynia się siedzenie w ławce, nawet niedobrej, i dlatego te skrzywienia leczyć należy ortopedycznie, a różne udoskonalenia ławki, acz pochwały godne, nie wiele tu pomogą, bo skrzywienie naprawdę »szkolne« jest rzadkie i zwykle nieznaczne. Klęsk.

Salis i Vogel: **Związek leczenia jodem z tkanką limfoidalną i limfocytozą krwi w przypadkach choroby Basedowa, hypotyreozy i wola bez zaburzenia czynności.** (Mit. a. d. Grenzgb. d. Md. u. Ch. 27. 2). Przy wolu leczenie jodem wywołuje często zwiększenie się liczby ciałek czerwonych i ilości hemoglobiny. Przy nadmiernej czynności gruczołu i chorobie Basedowa, zwiększona zwykle ilość limfocytów w miarę leczenia jodem opada, a przedtem zwolniona krzepliwość krwi staje się prawidłową. Przy dłuższem leczeniu jodem liczba limfocytów znowu znacznie się zwiększa. U osób zdrowych podawanie jodu wywołuje też limfocytozę i zwolnienie krzepliwości krwi. Przy obrzęku śluzowatym i charłactwie tarczycowem po podaniu jodu limfocytoza opada, a krzepliwość krwi staje się prawidłową albo nawet zwolnioną. Prawie we wszystkich przypadkach choroby Basedowa zwykłej i t. zw. jodowej występuje po operacyi charakterystyczne pogorszenie przypadów, jako objaw wessania. K.

Bela: **Maść nowiformowa w praktyce chirurgicznej.** (Allg. Wien. med. Ztg. 1913 Nr 16). Maść nowiformowa nadaje się przy przetokach ropnych lub kałowych do chronienia okolicznej skóry przed tworzeniem się wyprysków. Znalazła ona także zastosowanie przy wrzodziankach. B. zaleca następujący przepis: »Rp. Noviform 1·0, zinc. oxyd., amyli aa 2·0, vasel. flav. 5·0, paraff. liq. q. s. u. f. pasta mollis«. K.

Loeffler: **O nowiformie.** (Zbl. f. Chir. 1914 Nr 4). Nowiform jest to tetrabrombrenzkatechina z bizmutem. Przewyższa on wszystkie polecane dotąd przetwory bizmutu, jak airol, wioform, a nawet kseroform. Działa wybitnie wysuszająco, nadaje się dobrze do opatrywania ran, wstrzykiwań w zawiesinie z gliceryną do stawów i t. p. Nie jest drażniącym ani trującym, niema żadnej woni. K.

Janzus: **Doświadczenia z nowiformem.** (Zbl. f. Chir. 1914 Nr 4). Nowiform stosować można i na duże powierzchnie, bo nie jest trujący. Działa bardzo dobrze odwaniająco, da się wyjaławiać i nie rozkłada się. Gaza nowiformowa nie czernieje w ranie, tak jak kseroformowa. Nowiform działa też korzystnie na ziarninę, wysusza rany, a jest znacznie pewniejszy od kseroformu. K.

Zapiski lecznicze, nowe leki, sposoby i narzędzia.

Środki balsamiczne w gruźlicy poleca Berliner (Berl. kl. Woch. 1913. 37) jako środek leczniczy. Dobre wyniki otrzymywał B., stosując mentol rozpuszczony w oliwie lub jodypinie w postaci wstrzykiwań śródmiąższowych według następującego przepisu: Rp. Menthol, eucalyptol aa 20.0 ol. dericini 50.0 lub Rp. Menthol 10, eucalyptol 20.0, jodipini (25%) 50.0. Z początku wstrzykiwał przez 10 dni po 1 cm³ codziennie, dalsze wstrzykiwania stosował w przerwach 1- lub 2-dniowych. Dolegliwości podmiotowych u chorych nie zauważył. N.

Emetynę stosował Flaudin (Presse med. 1913, 78) w 20 przypadkach ciężkiego krwioplucia, w których wszelkie inne środki zawodziły. Wstrzykiwał on ten środek w ilości 1 cm³ 40% rozczynu podskórnie i miał osiągnąć wyniki nadzwyczaj pomyślne. Zaburzeń po wstrzykiwaniach nie zauważył. Działanie fizyologiczne emetyny dotychczas nie jest jeszcze dokładnie znane. N.

Sedobrol, jako sól spożywczą w żywieniu bezchlorowem, podawał Deutsch (Ther. d. Geg. 1913, wrzesień), w postaci zupy bromowej w przypadkach zapalenia nerek, tak ostrych, jak i przewlekłych, przebiegających z obrzękami lub bez nich. Dziennie podawał dwie porcye zupy, zawierające 4 gr. bromu i 0.4 gr. NaCl przez szereg dni lub tygodni. Równocześnie badał wydzielanie się soli kuchennej oraz oznaczał tolerancyę dla soli przed i po leczeniu bromowem. Chorych odżywiał poza tem dyetą mleczno-jarzynową. Ilość dozwolonej soli wynosiła 2—5 gr. Wpływu na wydzielanie moczu nie zauważył, jak również nie stwierdził, by pod wpływem bromu powstawały obrzęki. Wpływ jednak na wydzielanie soli kuchennej był bardzo wyraźny, wydzielanie soli wzmagało się w miarę zatrzymania bromu w ustroju; ilość białka nie ulegała zmianie. N.

Jod w kombinacyi z ichtyolem poleca Berger (Med. Klin. 1913, 46) do leczenia czyraczności (furunculosis). Postępuje w ten sposób, iż najpierw pędzluje obficie czyrak jodem, następnie nakłada na to ichtyol czysty w grubej warstwie; następnego dnia zmywa ichtyol ciepłą wodą i powtarza te zabiegi tak długo, aż zaczerwienienie i obrzęk zniknie, poczem odstawia jod, a smaruje tylko ichtyolem. W razie przebicia ropy czyrakowej nie stosuje jodu, tylko sam ichtyol. Przy tem postępowaniu zmniejszają się bóle, czas trwania skraca się, a po ustąpieniu czyraka pozostaje miękka elastyczna blizna. N.

Pituglandol stosuje Laenger (Ther. Monatsh. 1913, 9) w krwotokach jamy nosowej i płuc z dobrym wynikiem w postaci wziewań przetworu delikatnie rozpylonego zapomocą osobnego rozpylacza kroplowego. Ten sposób stosowania daje równie dobre wyniki, jak wstrzykiwanie podskórne. N.

Kamforę stosuje Seibert stale od roku 1909 (Münch med. Woch. 1909, 36) w postaci wstrzykiwań we wszystkich przypadkach włóknikowego zapalenia płuc u dorosłych w dawkach po 12 gr. dwa razy dnia. Z początku stosował olej kamforowy, później przeszedł do następnej kombinacyi: Rp. Camph. trit. 20.0, ol. olivar., aether aa ad 100.0. Od tego czasu stracił tylko jednego chorego; wszystkie inne przypadki skończyły się wyleczeniem, między tymi nawet u chorych, mających ponad 70 lat. Przebieg zapalenia płuc był łagodny. Obok kamfory podawał też S. zależnie od potrzeby czasem digalen lub inf. sennae, liq. ammon. anis. itp. Te wyniki Seiberta potwierdza najzupełniej Hötzel (Münch. med. Woch. 1913, 50). N.

Sprawy Towarzystw naukowych

Krakowskie Towarzystwo ginekologiczne.

Posiedzenie dnia 28. I. 1914.

Przewodniczy prezes kol. Wojciechowski.

1) Prof. Rosner: **Kilka uwag o ewolucyi techniki cięcia cesarskiego.** Prelegent omawia w krótkości historyę cięcia cesarskiego i wspomina o różnych jego meto-

dach i sposobach operacyjnych. Przedstawia następnie chorą z »pelvis obtecta kyphotica«. U chorej tej wykonał R. cięcie cesarskie z powodu niestosunku porodowego, wynikłego z nieprawidłowej budowy miednicy. Przystępował do zabiegu w zamiarze wykonania cięcia cesarskiego zewnątrzotrzewnego. Z powodu jednak niezwyczajnej konfiguracyi i ułożenia macicy, wynikłej wskutek nieprawidłowej budowy kośćca, do odcinka dolnego dostać się nie mógł. Wobec tego wykonał cięcie cesarskie śródotrzewnie. Celem jednak ochronienia jamy otrzewnej przed ewentualnem zakażeniem nie wytaczał macicy na zewnątrz, tylko brzegi rany w otrzewnej przyszył do otrzewnej macicy. Cięciem podłużnem otwarł jej ścianę i wydobył żywy płód, zaszywszy w typowy sposób ścianę macicy puścił szwy, trzymające obie blaszki otrzewne i zaszył powłoki brzuszne. Operowana zupełnie zdrowa wraz z dzieckiem po 14 dniach opuściła klinikę.

W dyskusyi zabiera głos prof. Kader (jako gość) i podnosi zalety obszycia otrzewnej, przez co w wysokim stopniu ochrania się jamę brzuszną przed dostaniem się do niej drobnoustrojów, a sama operacya nabiera cech operacyi, wykonanej zewnątrzotrzewnie.

2) Kol. Szymanowicz przedstawia chorą lat 30, u której rozpoznano **skręt szypuły torbieli prawego jajnika w III miesiącu ciąży.** Chora zgłosiła się do kliniki, skarżąc się na bóle dołem brzucha, które powstały przed 10 dniami. Bóle te, obecnie znacznie mniejsze, rozpromieniają się ku kończynom dolnym. Chora podaje, że podobne dolegliwości miała podczas ostatniej ciąży przed dwoma laty. Przy badaniu stwierdzono w szczytach płuc zmiany gruźlicze. Serce i narządy jamy brzusznej bez zmian chorobowych. Brzuch lekko równomiernie wysklepiony. Przy badaniu zewnętrznem: po stronie prawej nad więzadłem Pouparta wyczuwa się opór elastyczny, nieruchomy, lekko bolesny, sięgający do linii środkowej i 2 palce nad pępek. Przy badaniu wewnętrznem stwierdza się macicę powiększoną, wielkości pomarańczy, ze wszystkimi objawami ciąży. Przez sklepienie przednie i tylne wyczuwa się, obok macicy, trochę ku stronie lewej przesunięty, opór elastyczny, chełboczący, nieruchomy, lekko bolesny, wielkości głowy męzkiej. Zabieg operacyjny potwierdził rozpoznanie co do skręcenia torbieli, bo rzeczywiście znaleziono torbiel jajnika prawego, o szypule skręconej o 540°, pokrytą skrzepami krwi. Sieć, zrosła postronkowatym zrostem z górną kopułą torbieli, była również skręcona o 540°. Prelegent przedstawia torbiel wraz z częścią wyciętej sieci. Jajowód na guzie rozpięty, silnie ciemno-wiśniowo zabarwiony, zgrubiały. Guz cały silnie przekrwiony, ściana jego napięta. W szypule samej widać ostrą granicę między częścią krwawo naciekłą, odśrodkową, i prawidłowo zabarwioną— przymaciczną. W końcu dodaje S. kilka uwag o znaczeniu i niebezpieczeństwie, mogącem wyniknąć po tego rodzaju skręcie.

W dyskusyi zabiera głos: a) Prof. Rosner i podnosi rzadkość omawianego cierpienia; — b) Prof. Kader (jako gość) zwraca uwagę na niebezpieczeństwo, jakie wogóle wynika ze skrętu sieci i wyraża zdziwienie, że tak znaczny skręt sieci wywołał tak małe zmiany podmiotowe i przedmiotowe.

3) Prof. Rosner przedstawia chorą, operowaną z powodu **samorodnego pęknięcia macicy w toku ciąży.** Chora lat 37, zgłosiła się na klinikę w stanie bardzo ostrej niedokrwistości. W wywiadach podaje, że rodziła dziewięć razy na czasie, zawsze siłami natury, roniła trzy razy, połogi prawidłowe. Ostatnią miesiączkę miała w pierwszych dniach maja 1913 r. Przebieg obecnej ciąży prawidłowy. 29. XII 1913 o 11 w południe, siedząc zupełnie spokojnie, poczuła chora słaby ból w brzuchu, poczem osłabła bardzo i zaczęło się jej ćmić przed oczami. Przestała również odczuwać ruchy płodu. Rozpoznano: Ruptura uteri in graviditate. Anaemia gravis. Płód nieżywy w jamie brzusznej wolno leżący. Dnia 30. XII o 11 w nocy wykonano następujący zabieg operacyjny. Otwarto jamę brzuszną i znaleziono bardzo dużą ilość krwi płynnej. Płód w utrzymanym pęcherzu płodowym wraz z łożyskiem leży w jamie brzusznej, zwrócony główką ku dołowi. Macica zupełnie skurczona, odsunięta na prawo. Jaje płodowe w całości usunięto i wtedy stwierdzono, że macica po stronie lewej od szyjki aż do dna rozerwana, a przydatki lewostronne leżą zupełnie od macicy oderwane. Macicę usunięto, amputując ją w obrębie szyjki, a jamę brzuszną wysetonowano. Chora dzisiaj ma się zupełnie dobrze i opuszcza klinikę zdrowa. Prelegent tłómaczy to samorodne pęknięcie macicy wadami w rozciąganiu się jej mięśnia, które zdaniem jego wystarczają w braku innej przyczyny do wywołania pęknięcia.

W dyskusyi przemawiają: a) kol. Markowa, która przypomina analogiczny przypadek, opisany przez Dobrowolskiego i b) kol. Wojciechowski.

4) Kol. Schlank przedstawia chorą **z zaśniadem groniastym.** Przedstawia ten przypadek z tego powodu, że w tym przypadku rozpoznać można było zaśniad groniasty, mimo że jeszcze nie odeszły grona. Rozpoznaje zaś zaśniad na postawie niestosunku wielkości macicy do czasu ciąży wedle wywiadów, a powtóre na podstawie stwierdzenia obustronnych guzów jajnikowych wielkości pięści, o powierzchni nierównej, morwowatej. Guzy te uważa S. za torbiele ciałek żółtych. Omawia przy tej sposobności postępowanie lecznicze przy zaśniadzie groniastym.

W dyskusyi zabiera głos kol. Szymanowicz, który jest tego zdania, że torbiele te raczej — jak nowsze badania wykazały — pochodzą z gruczołu śródmiąższowego (interstycyalnego).

Posiedzenie d. 10 II 1914

Przewodniczy prezes kol. Wojciechowski.

1) Prezes poświęcił kilka słów pamięci ś. p. kol. Festenburga i zawiadomił, że wysłał telegram kondolencyjny do wdowy. Obecni uczcili pamięć zmarłego przez powstanie.

2) Kol. Radwańska przedstawia chorą, która zgłosiła się do kliniki wśród krwotoku po poronieniu. Ciepłota podniesiona do 38·2 i tętno 124 skłoniły przedewszystkiem do badania bakteryologicznego. Z szyjki macicznej wyhodowano czystą, hodowlę paciorkowca hemolitycznego. Silne krwawienie (hemogl. 32%, c. czerw. 2,400.000) zmusiło do opróżnienia macicy. Mimo obecności paciorkowców, po wyskrobaniu tylko jednorazowe podniesienie ciepłoty do 38·8 i dalszy przebieg bezgorączkowy. Niezawsze więc obecność jadowitych bakteryi pogarsza rokowanie po wykonaniu wyskrobania. W krótkości omawia kol. Radwańska zapatrywania na **poronienie septyczne** Wintera, Döderleina, Veita i innych.

W dyskusyi a) kol. prof. Braun zapytuje, jakie było postępowanie po skrobaniu i czem wytłomaczyć można podniesienie ciepłoty po zabiegu. — b) Kol. Szymanowicz podnosi, że badanie wydzielin pochwowych nie ma wielkiego znaczenia w rokowaniu gorączki połogowej Traugott badał cały szereg wydzielin pochwowych u ciężarnych i doszedł do przekonania, że te chore, u których znalazł paciorkowca hemolitycznego, wcale procentowo nie więcej gorączkowały, niż chore bez patologicznych drobnoustrojów. — c) W odpowiedzi kol. Radwańska zaznacza, że macica nie była po zabiegu wytamponowana, lecz tylko wytarta nalewką jodową i przepłukana lyzoformem. Podniesienie ciepłoty po zabiegu odnieść należy albo do wessania albo do jednorazowego wtargnięcia drobnoustrojów do obiegu krwi.

3) Kol. Schlank przedstawia chorą, u której rozpoznawano **zaśniad groniasty,** opierając się między innemi cechami, charakterystycznemi dla tego cierpienia, na obecności obustronnych torbieli gruczołu śródmiąższowego jajników. Torbiele te po urodzeniu zaśniadu zmniejszyły się nieznacznie.

W dyskusyi a) kol. prof. Braun jest tego zdania, że obecność takich obustronnych torbieli mogłaby zwracać podejrzenie na złośliwość sprawy i że w takim przypadku postąpiłby doszczętnie. — b) Kol. Szymanowicz zwraca uwagę, że obecność obustronnych guzów jajnikowych przy zaśniadzie groniastym nie jest wcale cechą złośliwości zaśniadu. Zwyrodnienie gruczołu śródmiąższowego ma właśnie być powodem nieprawidłowego rozwijania się jaja płodowego. Heimann pokusił się o podanie cech, charakteryzujących złośliwość zaśniadu, na podstawie jego budowy histologicznej, lecz dalsze badania przypuszczeń jego nie potwierdziły.

4) Prof. Rosner korzysta z nadarzającej się sposobności wskazania do **cięcia cesarskiego zewnątrzotrzewnego** i zabieg ten przed gronem obecnych kolegów demonstruje.

5) Kol. Rosenhauch przedstawia **przypadek neuritis optica in gravida.** Chora w pierwszych miesiącach zauważyła postępujące osłabienie bystrości wzrokowej, obecnie (8. miesiąc księżycowy) od 2 tygodni znaczne pogorszenie. W pr. o. plc. 2 m., l. o. ∞, proj. niepewna. Mocz bez białka i cukru. Po wykonaniu sztucznego porodu w klinice Prof. Rosnera, już nazajutrz wzrok poprawił się o tyle, że prawem okiem rozpoznawała chora palce z 4 m., a w 2 dni później z 7 m. bez jakichkolwiek leków. Ponieważ odczyn Wassermanna wypadł dodatnio, leczenie dalsze wskazane w kierunku przeciwkiłowym. Przy tej sposobności omawia R. w krótkości schorzenia nerwu wzrokowego występujące w ciąży, ich etyologię, rokowanie, leczenie i zapobieganie. Sekretarz Dr J. Zubrzycki.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne dnia 16. XII. 1913

L. Kryński: **O gastroenterostomii w leczeniu wrzodu żołądka.** Prelegent omówił zalety gastroenterostomii w porównaniu z wycięciem ściany żołądka, mianowicie: 1) znalezienie miejsca z wrzodem bywa niekiedy bardzo trudne, 2) owrzodzenia bywają liczne, w kilku miejscach błony śluzowej, 3) zespolenie żołądkowo-jelitowe działa leczniczo na samą przyczynę wrzodu, 4) stanowi zabieg daleko lżejszy i krótszy, a więc mniej narażający chorego na niebezpieczeństwo, niż wycięcie. Przeciwwskazaniem do gastroenterostomii będzie, oprócz stwierdzenia cech rakowatych wrzodu, usadowienie wrzodu w okolicy dna żołądka lub powyżej ku wpustowi. Zwykle stosujemy t. zw. gastroenterostomię przednią przedokrężniczą lub też tylną pozaokrężniczą. K. przed 2 laty wykonał jeszcze trzecią postać tego zabiegu, gastroenterostomię tylną przedokrężniczą. Z niepowodzeń po zespoleniu żołądkowo-jelitowem K. wymienia następujący bezpośrednio po operacyi t. zw. »circulus vitiosus« wskutek nieodpowiedniego wykonania zabiegu lub też wskutek niedostatecznej czy też wadliwej czynności nowego otworu w żołądku, (zwężenie bliznowate otworu, wypadnięcie śluzówki żołądka, skurczenie się i uniesienie ku górze żołądka). Tym ujemnym zjawiskom zapobiedz można 1) przez wycinanie dużego otworu, pokrywając go najdokładniej błoną śluzową i łącząc śluzówki obu narządów szczelnie, 2) przez zwężanie odźwiernika, 3) przez przecięcie i zupełne zamknięcie odźwiernika. K. jest zwolennikiem pierwszego przepisu. Co się tyczy następstw zespolenia żołądka z jelitem, to niewątpliwie przedostanie się żółci i soku trzustkowego po operacyi do żołądka stanowi zjawisko stałe i pożyteczne. Wogóle w operacyi zespolenia żołądkowo-jelitowego posiada leczenie wrzodu żołądka środek wyborny, najskuteczniej zwalczający to ciężkie cierpienie, dający dobre i coraz to lepsze wyniki lecznicze.

W dyskusyi: a) Leśniowski odróżnia wskazania do operacyi względne (niegojenie się wrzodu, częste krwawienia) i bezwzględne (zwężenie odźwiernika i bóle). Co do techniki, to nawet najlepiej wykonany otwór może z czasem zarosnąć. Wyłączenie odźwiernika powinno być jedynie czasowe. — b) Czarkowski J. zaznacza, że u nas względnie mało wykonywa się gastroenterostomii z powodu wrzodu żołądka. Wyłączanie odźwiernika uważa za konieczne (met. Dépagea). — c) Borzymowski uważa wymioty po operacyi za jedną z przyczyn wadliwego krążenia treści pokarmowej i dlatego unika wszelkich czynności, mogących wywołać wymioty po gastroenterostomii. B. zawsze usuwa przed operacyą resztki wody, pozostałej w żołądku po jego przemyciu, a po operacyi wstrzykuje morfinę dla przytłumienia odruchów, B. przypomina, że Rydygier uważa krwotoki żołądkowe za wskazanie do operacyi. B. operował z tego powodu 3 przypadki i ani razu nie wykrył źródła krwawienia; 2 przypadki skończyły się pomyślnie, w jednym nastąpiła śmierć. W 2 innych przypadkach B. nie operował i obydwa miały zejście śmiertelne. W jednym z nich sekcya wykazała tętniaka aorty, który pękł do przełyku i wywołał krwawe wymioty i stolce. Trudności rozpoznawcze B. uważa za jedną z przyczyn, powstrzymujących rękę chirurga od zabiegu w krwotokach przewodu pokarmowego. — d) Krauze zaznacza, że przyczyny »circuli vitiosi« są często niejasne; nie zgadza się z poglądem Borzymowskiego na przyczynę wymiotów po operacyi (wymioty trwają nieraz długo) Każda metoda operacyjna jest dobra przy dobrej technice. Sam operuje zwykle metodą Wölflera z modyfikacyą Brauna. — e) Sławiński sądzi, że jedynie dobra technika nie rozstrzyga o wynikach pomyślnych Wrzody przyodźwiernikowe goją się dobrze; wobec guzów dna żołądka lub jego wielkiej krzywizny należy wyłączać odźwiernik. — d) Grundzach do wskazań bezwzględnych zalicza również przedziurawienie wrzodu. Zasadniczo jest zwolennikiem wycięcia. Do wskazań względnych zalicza wskazanie bytowe (ludzie pracy). Z powikłań wspomina o krwotoku pooperacyjnym. — e) Tuchendler A. jako cechy różniczkowo-rozpoznawcze wrzodu dwunastnicy od wrzodu żołądka przytacza: krwawienie jelitowe, a brak krwawienia do żołądka i żółtaczkę. — W odpowiedzi Landau A. potwierdza zdanie Czarkowskiego o częstości u nas wrzodu okrągłego i zaznacza, że obecność objawów nerwowych w rozpoznaniu różniczkowem nie przechyli szali na rzecz nerwicy żołądkowej. Nie zgadza się ze zdaniem Borzymowskiego, aby ostre krwotoki żołądkowe były wskazaniem do operacyi, ani ze zdaniem Grundzacha, by we wrzodzie żołądka zawsze wykonywać wycięcie.

Posiedzenie kliniczne d. 20. I. 1914.

1) J. Wiśniewski przedstawił chorego **z przymiotem złośliwym** ze znaczną poprawą po wstrzyknięciu salwarsanu.

2) Klejn i I. Judt przedstawili rentgenogram płuc z przypadku **limfogranulomatozy uogólnionej.** Sprawa dotyczyła chłopca 13-letniego, u którego przed $1^1/_2$ rokiem powiększyły się gruczoły pachwinowe, a w $^1/_2$ roku później powiększeniu uległy wszystkie dostępne badaniu gruczoły. Rozpoznanie, oparte na przebiegu, badaniu krwi i mikroskopowem badaniu wyłuszczonego gruczołu, stwierdziło limfogranulomatozę. Wobec stwierdzenia przez badanie fizyczne obecności guza w klatce piersiowej, poddano chorego prześwietlaniu promieniami Roentgena. Badanie to wykryło znaczne nagromadzenie gruczołów powiększonych w obu wnękach płucnych, a jednocześnie nader rzadko spotykane zmiany w miąższu płuc; są to niezliczone drobniutkie guziczki, rozsiane w płucach na całej przestrzeni od szczytów do podstawy.

W dyskusyi a) Gajkiewicz zapytuje, czy prawidłowo w płucu dużo jest gruczołów i naczyń chłonnych? — b) Sokołowski A. zaznacza, że znane są w piśmiennictwie z okresu przed odkryciem prątka Kocha przypadki gruźlicy ostrej, przebiegającej łagodnie i z zejściem pomyślnem.

Być więc może, że w tych przypadkach guziczki rozsiane w płucach były natury limfogranulomatycznej, która to sprawa, mając również pewien związek z gruźlicą, mogłaby dawać owe postacie gruźlicy ostrej. — c) W odpowiedzi Klein zaznacza, że w płucach znajdują się w obfitości naczynia chłonne i że każdy narząd może być dotknięty granulomatozą. W sprawie gruźliczego pochodzenia granulomatozy K. zwraca uwagę, że znajdowano niekiedy w wytworach chorobowych t. zw. ziarenka (granula) Mucha, które utożsamiano z laseczniakami gruźliczymi, gdy inni badacze uważali je za twory zgoła swoiste; sprawa ta pozostaje nierozstrzygniętą.

3) Klejn: **O nieznanej dotychczas komórce macierzystej komórek szpiku kostnego i prawdziwej białaczce macierzystej.** Dane, zdobyte przez prelegenta w blisko 120 przypadkach białaczki i innych spraw chorobowych, doprowadziły do wyników następujących: 1) W prawidłowym szpiku kostnym człowieka, obok myeloblasta i erytoblasta, znajduje się nieznana dotychczas postać leukocyta, myelogonia, która wykazuje cechy zupełnie swoiste, stawiające ją na odrębnem stanowisku w systemie leukocytów. Owa myelogonia jest komórką macierzystą wszystkich komórek szpiku kostnego, a więc myeloblastów, megaloblastów, megakaryocytów i polykaryocytów, jest zagadnieniem, które trudno na zasadzie naszych badań rozstrzygnąć. 2) Myelogonia jest prawdopodobnie identyczna z zarodkowym dużym limfocytem Maksimowa i z hemogonią Molliera. A i dalsze okresy rozwoju tej komórki odpowiadają tymże okresom powyższych komórek. 3) Z myelogonii przez różniczkowanie wytwarza się megakaryocyt i polykaryocyt. Te dwie komórki są morfologicznie identyczne, budowa ich jądra jest podobna do budowy jądra myelogonii. 4) Przez wytwarzanie się w protoplazmie myelogonii hemoglobiny powstaje pierwotny megaloblast, który posiada jeszcze jądro myelogonii i który przetwarza się w zwykły megaloblast. 5) W protoplazmie myelogonii znajdują się swoiste ziarna azurofilne, które są identyczne z ziarnami, opisanemi przez Schriddego w megakaryocytach. 6) Myelogonia stanowi niezbędny składnik metaplazyi szpikowej; niekiedy bujanie myelogonii jest umiarkowane, w białaczce myeloblastycznej bujanie to jest bardzo wyraźne. 7) Myelogonie i megakaryocyty już w warunkach prawidłowych przechodzą do krwi; w warunkach patologicznych zjawisko to występuje bardzo wyraźnie, tu jednak większość megakaryocytów zatrzymuje się w naczyniach włoskowatych. 8) We krwi prawidłowej znaleźć można wyłącznie zwyrodniałe i pyknotyczne jądra myelogonii i megakaryocytów. W stanach chorobowych, szczególniej zaś w myelozie przewlekłej, znaleźć można we krwi nietylko zwyrodniałe, ale i dobrze zachowane całe myelogonie. W przypadkach ostrej i przewlekłej białaczki myeloblastycznej zjawiają się myelogonie w liczbie zmiennej, przeważnie w postaci dobrze zachowanych komórek. 9) Istnieje postać białaczki, dotychczas zupełnie nieznana, białaczka czysto myelogoniczna (Myelogonienleukaemie), w której myelogonia panuje w obrazie mikroskopowym krwi i tkanek; jest to prawdziwa białaczka macierzysta (Stammzellenleukaemie). Dotychczas poznaliśmy czystą postać tylko mikromyelogoniczną; nie ulega jednak wątpliwości, iż istnieje także czysta postać makromyelogoniczna. 10) Główną czynność megakaryocytów stanowi wytwarzanie płytek, dlatego też należy przejście megakaryocytów do naczyń włoskowatych tkanek uważać za objaw celowy, ułatwiający oddzielanie się płytek od megakaryocytów.

Tadeusz Borzęcki.

Towarzystwo lekarskie radomskie.

98 Ogólne Zebranie dnia 25 października 1913 r.

Obecnych 15 członków.

Przewodniczącym Zebrania wybrany kol. H. Fidler, który odczytuje nadeszłą korespondencyę: 1) Odezwę Zjazdu fizyoterapeutycznego w Petersburgu o wzięcie udziału; 2) odezwę II Zjazdu lekarzy prowincyonalnych Król. Polskiego w Lublinie, z prośbą o wybranie podkomitetu radomskiego z 3 osób; 3) odezwę grona byłych i obecnych uczniów Dra Alf. Sokołowskiego w sprawie jubileuszu jego 40-letniej pracy lekarskiej.

Odezwę Zjazdu fizyoterapeutycznego w Petersburgu przyjęto do wiadomości, co do Zjazdu w Lublinie latem p. r. zostali wybrani do podkomitetu radomskiego koledzy: Pełczyński, Raszkes i Szczepaniak, którzy wybór swój przyjęli, o czem postanowiono zawiadomić Komitet główny Zjazdu w Lublinie.

Do Dra Alfreda Sokołowskiego w Warszawie w dniu jubileuszu jego postanowiono wysłać depeszę tej treści: »Towarzystwo lekarskie radomskie w uznaniu 40-letniej gorliwej pracy na niwie lekarskiej, niespożytych zasług dla ojczystej ftyzyologii oraz piśmiennictwa lekarskiego, dla uświadomienia społeczeństwa o konieczności i sposobach walki z gruźlicą, dla powstania odpowiedniej organizacyi i leczenia, dla wysokiej ofiarności na cele publiczne, dla wyszkolenia całego zastępu dobrych pracowników lekarskich, śle słowa głębokiego hołdu Czcigodnemu Jubilatowi Drowi Sokołowskiemu, znakomitemu lekarzowi polskiemu, zacnemu obywatelowi kraju, bezinteresownemu przewodnikowi młodzieży lekarskiej, życząc Mu długich jeszcze lat w czerstwem zdrowiu na pożytek bliźnim i chwałę wiedzy ojczystej«.

Kol. Przewodniczący daje głos kol. Szczepaniakowi dla wygłoszenia: »Projektu regulaminu sądu koleżeńskiego, wypracowanego przez skład obecny sądu koleżeńskiego w osobach kolegów: Kondratowicza, Finkelszteina i Szczepaniaka.

Po odczytaniu »Projektu« wywiązała się dłuższa i ożywiona dyskusya, uchwalono liczne zmiany, oraz postanowiono poświęcić jeszcze jedno zebranie ogólne celem rozpatrzenia i uchwalenia wyżej wspomnianego regulaminu. Zabierali głos oprócz autorów projektu koledzy: Fidler, Idzikowski, Pełczyński, Raszkes i inni.

99. Ogólne Zebranie dnia 29 listopada 1913 r.

Obecnych członków 13. Przewodniczącym zebrania wybrany kol. H. Fidler.

1) Przed porządkiem dziennym kol. Kołodnew przedstawia chorą po operacy **przepukliny** uwięźniętej z objawami otrzewnymi (hernia inguin. labialis dextra permagna) — wielkości głowy dorosłego człowieka.

W dyskusyi brali udział koledzy: Kosicki, Przychodzki i Raszkes.

2) Kol. Przewodniczący wita gościa, kol. Annę Mulierównę, poczem odczytuje odezwę Towarzystwa krajoznawczego co do pomieszczenia Muzeum krajoznawczego, ofiarowanego przez księdza Jana Wiśniewskiego, prefekta szkół radomskich, obecnie proboszcza w Borkowicach, w lokalu naszego Towarzystwa. Zgodzono się, zaznaczając, że Towarzystwo nasze nie bierze na siebie odpowiedzialności za całość zbiorów.

Poczem kol. Przewodniczący odczytuje treść depeszy, wysłanej przez Zarząd Towarzystwa do drugiego jubilata warszawskiego, kol. Mikołaja Rejchmana: »Towarzystwo lekarskie radomskie w uznaniu wysoce pożytecznej 40-letniej pracy lekarskiej, zasług dla ojczystego piśmiennictwa, koło stworzenia nowej u nas gałęzi wiedzy lekarskiej, nieznanych dotąd metod badania i leczenia, wyszkolenia całego zastępu dzielnych gastrologów, śle Czcigodnemu Jubilatowi Drowi Rejchmanowi, pierwszemu gastrologowi polskiemu, wyrazy głębokiego hołdu oraz życzenie długich lat dla pożytku bliźnich i chluby wiedzy ojczystej«. Przytem kol. Przewodniczący wygłasza dłuższe przemówienie o zasługach kolegów Sokołowskiego i Rejchmana dla nauki lekarskiej i społeczeństwa, proponując zebranym zaliczenie obydwóch tak zasłużonych mężów w poczet członków ho-

norowych Towarzystwa, co obecni jednogłośnie uchwalają i postanawiają przygotować i wysłać odpowiednie dyplomy.

3) Kol. Przewodniczący postanawia balotowanie na członka rzeczywistego Towarzystwa kol. Stefana Kamińskiego z Białobrzeg nad Pilicą. Po obliczeniu głosów okazało się, że kol. Kamiński został jednogłośnie wybrany w poczet członków rzeczywistych Towarzystwa.

4) Debaty nad regulaminem sądu koleżeńskiego postanowiono odłożyć do następnego zebrania ogólnego, t. j. w miesiącu grudniu.

5) Kol. Kołodnew wygłasza odczyt: **O leczeniu operacyjnem zapalenia wyrostka robaczkowego.** Omówiwszy wszystkie zalety wczesnej operacyi w zapaleniu wyrostka robaczkowego, a także niebezpieczeństwo, wynikające z wyczekiwania i zwlekania z operacyą, referent dochodzi do następujących wniosków: 1) Wczesna operacya, t. j. operacya wykonana w ciągu pierwszych 48 godzin ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego, powinna znaleść jak najszersze zastosowanie. 2) Przy ograniczonym ropniu możemy poprzestać tylko na otwarciu ropnia, pozostawiając operacyę doszczętną na później. 3) Ropne zapalenie otrzewnej po zapaleniu wyrostka powinno być leczone zapomocą operacyi z wyjątkiem tych przypadków, kiedy chory jest już w agonii. (Streszczenie własne prelegenta).

W dyskusyi nad odczytem kol. Kołodnewa, nader ożywionej, brali udział koledzy: Kosicki, Fidler, Kellerworm, Cung, Raszkes i inni. Po odpowiedzi kol. prelegenta kol. Przewodniczący dziękuje kol. Kołodnewowi za zajmujący i ciekawy odczyt w sprawie żywo interesującej ogół lekarzy, tak chirurgów, jak i internistów.

6) Na zakończenie kol. Cung przedstawia chorego **z typową akromegalią.**

Sekretarz Dr T. Rakowski.

Medycyna publiczna. Higiena.

Braki i niedomogi nowej ustawy z dnia 14. IV. 1913 o tłumieniu chorób zakaźnych, szczególnie z uwzględnieniem Galicyi

podał

Dr Władysław Czyżewicz

c. k. starszy lekarz powiatowy w Jarosławiu.

(Referat na Walnem Zgromadzeniu Związku lekarzy rządowych w Galicyi w d. 16. II. 1914).

Przystępując do wyznaczonego mi referatu, przyznam się otwarcie, że przejmuje mnie pewna obawa i zniechęcenie. Obawa, albowiem temat ten już tylokrotnie był poruszany na rozmaitych zgromadzeniach lekarzy rządowych, opracowany w dziennikach lekarskich i roztrząsany w Radzie Państwa, że obecnie po znakomitym referacie mego poprzednika, kolegi Dra Kuhna, referat mój musi wypaść mdło, a mimo tego zająć dosyć czasu.

Zniechęcenie powstaje z powodu, że mimo kilkakrotnych usilnych starań tak Związku państwowego lekarzy rządowych w Austryi, jak i uchwał Związków prowincyonalnych, oraz Zjazdu w Krakowie, nietylko nie powołano do ankiet lekarzy powiatowych z prowincyi, najlepiej obznajmionych z potrzebami ludności, nie wysłuchano ich opinii, ale wszelkie prośby i memoryały zostają bez żadnej odpowiedzi i systematycznie pomijane milczeniem.

Ustawę o tłumieniu chorób zakaźnych układali autorowie, zajmujący wybitne stanowiska jako profesorowie uniwersytetu na Wydziałach lekarskich i prawnicy. Niestety mimo wybitnych zasług na polu wiedzy brak było autorom ustawy praktycznej znajomości potrzeb ludności różnych krajów Austryi, a następstwem tego jest, że ustawa, ułożona przy zielonym stoliku, wykaże w wykonywaniu i przeprowadzaniu jej niedostatki, których zwalczenie i usunięcie będzie omal niemożliwem.

Niedomogi te okażą się w całem państwie, ale w znaczniejszym jeszcze stopniu w Galicyi, w której dotychczas omal zupełnie brak nietylko lekarzy gminnych po wsiach, ale wogóle zamało jest lekarzy, tak że wzywanie ich do chorych wobec znacznego oddalenia i kosztów jest utrudnione, a często niemożliwe. Lud nasz, obawiając się tych kosztów, nie troszczy się o pomoc lekarską, szuka jej tylko w wyjątkowych razach, a raczej wierzy w pomoc babek wiejskich, w gusła, które nie uznają żadnej choroby zakaźnej. Powtóre nasze gminy, tak miejskie, jak i wiejskie, są przeważnie ubogie, w kasach pustki, niewiadomo więc, skąd będą mogły czerpać fundusze, ażeby odpowiedzieć przepisom ustawy. Potrzecie Galicya jest krajem pogranicznym z Rosyą i Królestwem Polskiem, oraz Węgrami, skąd bywają zawlekane choroby zakaźne, a będąc przedmurzem Austryi przeciw tym chorobom, wymaga znacznie ostrzejszej kontroli i znacznie większych zabezpieczeń, aniżeli inne kraje koronne.

Te trzy powody skłoniły: Wydział Związku, że jako główny temat dzisiejszego zebrania obrał nową ustawę o tłumieniu chorób zakaźnych, w przekonaniu, że zebranie to wykaże właśnie odrębne stosunki, panujące u nas w kraju i wykaże potrzebę dla tego kraju doniosłych zmian, które powinny być w drodze rozporządzeń wprowadzone w życie. Mojem i dyskusyi zadaniem jest wykazać te niedomogi. Czy to jednak nie będzie głosem, wołającym na puszczy, nie chcę rozstrzygać. W każdym razie lekarze rządowi Galicyi będą mogli śmiało powiedzieć, że zawczasu zwracali uwagę na braki ustawy i na grożące stąd niebezpieczeństwa.

Zastrzegam się jednak, że pomimo wszelkich jej braków uważam nową ustawę za znaczny postęp w zakresie ustawodawstwa sanitarnego już z tego powodu, iż znosi ona dotychczasowe, nieraz prawie nieuzasadnione zarządzenia przy tłumieniu chorób zakaźnych, oparte nie na ustawie, tylko na osobistem przekonaniu lekarza i na dorywczych rozporządzeniach. Zarządzenia nowej ustawy opierają się na najnowszych postępach higieny, zabezpieczają byt lekarzy, pielęgniarzy oraz wdów i sierót, którzy padli ofiarą przy tłumieniu chorób zakaźnych, i przyrzekają choć częściowe wynagrodzenie ludności ubogiej za straty, poniesione wskutek choroby zakaźnej.

Po tym, może nieco przydługim wstępie, przechodzę do niedomagań ustawy w stosunku do naszego kraju, przyczem nadmieniam, że do referatu byłem zmuszony posługiwać się niemieckim tekstem ustawy, tłomaczenie bowiem polskie jest wadliwe i urąga mowie naszej.

Między chorobami zakaźnemi, objętemi ustawą, brak jest kilku, które dla naszego kraju mają ogromne znaczenie, a temi są odra, krztusiec, dalej grypa, ospa wietrzna, świerzb, w końcu kiła i gruźlica. Natomiast wymienia ustawa choroby, które u nas są prawie obojętne, albowiem albo dotychczas nigdy się nie ukazały, albo też tylko sporadycznie, nie przybierając charakteru epidemii, a do tych należą żółta febra, wąglik, nosacizna, trąd. Na szczęście jednak w ustępie 2 § 1 jest mowa o innych chorobach zakaźnych, które będą mogły być podciągnięte pod obowiązek donoszenia, jeżeli ukażą się w miejscowościach leczniczych, zakładach i internatach (o szkołach niema wzmianki).

Omawiając znaczenie chorób zakaźnych, których właśnie w § 1 ustawy brakuje, muszę się bliżej zatrzymać nad odrą i krztuścem, albowiem te właśnie choroby mają w Galicyi wielkie znaczenie.

Jeżeli weźmiemy do rąk statystykę z lat 1908, 1909 i 1910, to okazuje się, że w Galicyi umarło wskutek odry w roku:

1908	3537	osób
1909	7650	»
1910	6510	»

Razem w trzech latach 17699 osób.

W tym samym okresie zmarło wskutek odry w całej Austryi (18 prowincyi) 30.393, czyli na Galicyę przypada 58·5% zmarłych. Stosunek ten nie uległ zmianie i w ostatnich 3 latach, co świadczy wybitnie, że gdy w innych krajach Austryi śmiertelność z powodu odry wynosi zaledwie 100 do 500 osób, to u nas średnio około 6.000; do tego należałoby jeszcze doliczyć i znaczną część przypadków śmierci wskutek następowych chorób płuc i gruźlicy, czego wykazy statystyczne nie obejmują.

Ta sama statystyka wykazuje, że wskutek krztuśca umarło w Galicyi w roku:

1908	6256	osób
1909	5164	»
1910	6012	»

razem w 3 latach 17432 osób,

a w całej Austryi 27.620 osób, czyli w Galicyi w 3 latach śmiertelność wynosiła średnio 63% śmiertelności całej Austryi, a liczba zmarłych rocznie wynosiła średnio 6000 osób; w innych krajach Austryi umierało najwyżej 400.

Te przerażające liczby zmarłych wskutek powyższych dwu chorób, ostrzegają kraj i państwo, że chorób tych nie można lekceważyć, ale w Galicyi trzeba je tępić na równi z każdą inną chorobą zakaźną przy użyciu wszelkich możliwych sposobów i środków. Niestety ustawa z dnia 14. IV. 1913 choroby te pomija zupełnem milczeniem. Co więcej, Ministerstwo, nie czekając wcale wydania rozporządzeń wykonawczych, jednym zamachem w rozporządzeniach z dnia 24. XII. 1913 L. 26259 znosi wszelkie komisye, mające na celu zbadanie tych chorób, z wyraźnem zastrzeżeniem, że koszta takich komisyi będą tylko wyjątkowo po uzasadnieniu gwałtownej potrzeby wypłacone. Czy tego rozkazu posłucha odra i krztusiec, czy pozwoli wymazać się z rzędu groźnych dla dziatwy chorób zakaźnych, powątpiewam. Zdaje mi się, że skutek tego rozkazu będzie taki sam, jak przed kilkunastu laty przez jednego z generałów w Galicyi wypowiedzianego życzenia: »Bei mir gibt's kein Trachom«. Życzenia tego usłuchano, asenterowano rekrutów z jaglicą, a w następstwie usuwano potem setki chorych z wojska i przez nich rozszerzano zapalenie egipskie oczu po kraju, tak że w nowej ustawie o tłumieniu chorób zakaźnych stało się ono specyalnym Benjaminkiem.

Wskutek powyższego rozporządzenia Ministerstwa, stoją lekarze urzędowi bezsilni wobec odry i krztuśca, a już obecnie zwierzchności gminne i zarządy szkół, donosząc o tych chorobach, żądają pomocy i czynią wymówki, że doniesienia ich pomija się milczeniem, co działa ujemnie na stanowisko i powagę władz i rzuca złe światło na działalność lekarza powiatowego. Gorzej jeszcze dzieje się w tych powiatach, gdzie starostowie wysyłają wobec takich doniesień żandarma do sprawdzenia, czy choroba przypadkiem nie przybiera groźnego charakteru; żandarm jest tam »fachowym znawcą«, a chodząc od domu do domu, od gminy do gminy, także i roznosicielem choroby. Wkrótce i to ustanie, ludność przestanie donosić o odrze, ale możemy być przekonani, że wtedy pod pozorem odry będzie się także ukrywać i płonica, a za zatajenie jej nie będzie można nikogo pociągać do odpowiedzialności z pośród ludności, albowiem rozpoznanie różniczkowe tych obydwu chorób jest nieraz i dla lekarzy niełatwe.

Brak więc w nowej ustawie obowiązku donoszenia o odrze i o krztuścu stać się może przyczyną nietylko gwałtownego rozszerzenia się tych chorób w Galicyi, ale i rozszerzania się płonicy po całym kraju; cmentarze wiejskie zapełni się tysiącami ofiar zmarłych, ludność zaś zarzuty skieruje przeciw lekarzom rządowym, zarzucając im bezczynność i niesumienność.

Drugą grupę chorób, o których donoszenia ustawa nie nakazuje, a temsamem i wszelką działalność władz sanitarnych przeciw nim udaremnia, stanowią grypa, ospa wietrzna i świerzb.

Choroby te same przez się nie są straszne, chociaż grypa dużo ofiar zabiera przez choroby następowe. W krajach o wysokiej kulturze tępienie tych chorób ze strony rządu jest zbyteczne, w tych bowiem krajach ludność sama lekarza wzywa i do jego rad się stosuje. W Galicyi do chorych na grypę, nawet ciężką, ludność lekarza nie wzywa; chorzy sami zwykle chcą się leczyć, a wobec braku odpowiednich wiadomości nie mogą ocenić doniosłości choroby. Pod pozorem grypy będą się kryć dur plamisty, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, pod pozorem ospy wietrznej, szczególniej w powiatach granicznych, ospa prawdziwa zmodyfikowana szczepieniem, a wtedy, gdy znaczna śmiertelność zwróci uwagę władz i nastąpi dochodzenie, dur plamisty lub ospa przybiorą już groźne rozmiary i tłumienie ich stanie się w wysokim stopniu utrudnione.

Wogóle jestem przekonany, że wskutek tych niedostatków ustawy tyloletnia nasza praca nad stłumieniem w Galicyi duru plamistego, która między samymi lekarzami rządowymi pochłonęła kilkadziesiąt ofiar, może wkrótce pójść na marne. Na dowód zapytuję Szanownych Kolegów, czy wogóle ludność donosiła im kiedykolwiek o durze plamistym (prócz doniesień lekarzy), czy też tę chorobę wykrywali tylko przy doniesieniach o grypie lub o nieokreślonej chorobie, połączonej z gorączką, bólem głowy, łamaniem w kościach i t. d.

Różnice ospy wietrznej od ospy prawdziwej niezawsze są tak wybitne, rozpoznanie nawet dla lekarzy niezawsze łatwe, ludność zaś, nawet słysząc o ospie, panującej w okolicy lub za granicą, nie będzie w takich przypadkach wątpliwych robić doniesień, bo będzie się obawiać ograniczeń wolności osobistej.

Świerzb jest wprawdzie chorobą lekką, ale budzącą wśród ludu pogardę dla chorych, stąd też i chorzy na świerzb tają się zawsze z tą chorobą, nie leczą się, a chorobę dopiero przypadkiem wykrywa się przez szkołę, przy asenterunku lub gdy już gromadnie we wsi wystąpi; wtedy leczą się wprawdzie wszyscy chorzy, ale dopiero zmuszeni do tego przez władzę. Jeżeli o świerzbie nie będzie się wcale donosić i w danym razie jego przypadków ani sprawdzać, ani leczyć, to rozszerzy się gwałtownie nawet wśród inteligencyi, która, nie wiem, czy będzie za to wdzięczną władzy sanitarnej i ustawie o tłumieniu chorób zaraźliwych.

Co do trzeciej grupy chorób zaraźliwych, które nie są wymienione w § 1. ustawy, t. j. gruźlicy i kiły, to o nich mówić nie będę, albowiem co do tych chorób mają być wydane osobne ustawy. O ile jednak sądzić można z dotychczasowej powolności w uchwalaniu podobnych ustaw, to jestem przekonany, że bardzo wielu z obecnych na dzisiejszem zgromadzeniu nie doczeka się w czynnej służbie wejścia w życie tych ustaw. Jak już wspomniałem, w drugim ustępie paragrafu pierwszego ustawy jest wzmianka o innych, niewymienionych poszczególnie, chorobach zaraźliwych, przy których można nałożyć obowiązek donoszenia. Skąd jednak i w jaki sposób o istnieniu takich chorób ma się władza dowiedzieć, o tem w całej ustawie niema wzmianki. Wątpię, żeby ten obowiązek nałożono na naczelników gmin lub pojedyncze osoby, tembardziej, że doniesienie samo nie wystarczy do delegowania lekarza, tylko dopiero gwałtowne szerzenie się choroby. Do sprawdzania chorób zaraźliwych u zwierząt, do nadzoru nad wykonaniem przepisów weterynaryjnych są ustanowieni przynajmniej w pogranicznych posterunkach żandarmi kontrolni. Czy i dla dobra ludzi będzie podobny organ utworzony, nie przesądzam, jednak nie dowierzam, życie bowiem ludzkie jeszcze dotychczas jest szacowane niżej od życia zwierząt domowych. Podnoszę tylko, że jakaś kontrola w tym względzie powinna być zaprowadzona.

§§ 2, 3, 4, i 5 ustawy, mówiące o sposobie doniesień do władzy politycznej i o osobach do tego zobowiązanych, są dość bałamutne, ale zresztą nie można im wiele zarzucić z wyjątkiem § 4, który o zapaleniu egipskiem ócz nakazuje przesłać doniesienie do władzy politycznej aż telefonicznie lub telegraficznie lub osobnym posłańcem. Jestem przekonany, że takie doniesienie o jaglicy nigdy nie nastąpi, chyba wyjątkowo od lekarzy. Należy tu podkreślić, że dur brzuszny, czerwonka, nagminne zapalenie opon mózgowych, a nawet gorączka połogowa wymagałyby dużo szybszej interwencyi lekarza rządowego, niż jaglica, a jednak tak w tym paragrafie, jak i w dalszych, są niżej od zapalenia egipskiego ócz stawiane i nie żąda się tak nagłych doniesień.

Część II ustawy jest dla nas najważniejszą, albowiem dokładnie wymienia, co, jak i kiedy należy zarządzać. Sposób zarządzeń podany w ustawie idzie w parze z postępem higieny. Zarzucić tylko mogę, że mimo oświadczenia Rządu w Izbie posłów, iż zakres działania lekarzy zostaje znacznie rozszerzony, nigdzie w ustawie tego rozszerzenia dopatrzyć się nie można; wszędzie jest mowa o »władzy«, nawet czasem z dodatkiem »sanitarnej«, ale nigdzie o lekarzach rządowych. Ta stylizacya ustawy, jeżeli sprawa w rozporządzeniu wykonawczem nie będzie dokładniej wyjaśnioną, może stać się przyczyną bardzo niemiłych scysyi między lekarzami rządowymi a kierownikami starostw i ograniczyć rolę lekarza rządowego do zera, jak w ostatniej ustawie o sile zbrojnej. Władza sanitarna jako taka nie istnieje, istnieje tylko władza polityczna, a przedstawia ją kierownik starostwa i on wszystko bez możności protestu rozstrzyga. Wobec takich warunków n. p. § 7. ustawy, przepisujący przymusowe przeniesienie chorego do szpitala, może nigdy nie będzie wykonany, albowiem lekarz rządowy, nie chcąc narazić się na kompromitacyę wobec stron, sam nigdy nie zarządzi przymusowego przeniesienia, nie będąc pewnym potwierdzenia ze strony starostwa. Powtóre osiągnięcie tego potwierdzenia wymaga czasu, a więc nie może nastąpić za pierwszym wyjazdem lekarza, dopiero w kilka dni; wtedy zaś stan chorego może na przeniesienie nie zezwolić, a odosobnienie chorego stanie się już zbyteczne, w tych bowiem kilku dniach już i domownicy, którzy byli razem z chorym, albo zakazili się lub też okazali odporni względem zarazka chorobotwórczego.

Na szczególniejszą uwagę w tej części ustawy zasługują § 10, 11, 15, 23, stojące w związku z § 4., t. j. zarządzenia mające na celu tłumienie jaglicy. Zarządzenia te należy powitać jako postęp. Czy one jednak naprawdę będą wykonane i czy osiągną cel pożądany, wątpię. Przedewszystkiem z zestawienia tych paragrafów wynikałoby, że wobec jaglicy miałyby zastosowanie równie ostre środki, jak wobec innych bardzo groźnych chorób zakaźnych. Jednakże tępienie jaglicy takich ostrych środków zaradczych chyba nie potrzebuje, a wykonanie takich poleceń natrafiłoby w kraju na nieprzezwyciężone trudności. Następnie, ażeby jakąś chorobę zakaźną stłumić, trzeba ją znać dokładnie, mieć wiadomości o jej rozszerzaniu się i mieć środki

do przeprowadzenia leczenia. Tymczasem wiemy z długoletniego doświadczenia, że o jaglicy bardzo często sami chorzy nie wiedzą, a przeciwnie przy komisyach poborowych często stanowczo twierdzą, że zupełnie są zdrowi. Ale i dla wielu lekarzy jest rozpoznanie jaglicy sprawą sporną. Jakże więc można żądać od chorych, ażeby każdy o swojej chorobie ócz donosił, kiedy on sam w początkach tej choroby o niej nie wie. O rozszerzaniu się choroby tak w przyszłości, jak i teraz, mało będą lekarze rządowi wiedzieć. Dość wspomnieć, że obecnie wiemy w każdym powiecie o kilku, kilkudziesięciu, czasem nieco więcej chorych, chociaż w każdym powiecie jest z pewnością po kilkuset chorych na jaglicę. Drakońskie przepisy nie usuną jaglicy, ażeby zaś ją wytępić muszą być celem wykrycia chorych na jaglicę całe wsie przez lekarzy zbadane co do chorób ócz, muszą być badani robotnicy sezonowi, wracający z robót w Niemczech, przy przekroczeniu granicy państwa, musi być zaprowadzone leczenie ambulatoryjne po wsiach, ażeby chorzy z łatwością leczyć się mogli, pracując bez przerwy w swym zawodzie i nie tracąc czasu na wędrówki do ambulatoryów odległych, szpitale bowiem nasze nie mogłyby przyjąć tego kilkutysiącznego tłumu chorych dla braku miejsca i dla braku dostatecznej liczby odpowiednich sił lekarskich.

Zamiast ostrych przepisów co do jaglicy powinna była ustawa zwrócić większą uwagę na dur brzuszny i czerwonkę, które rok rocznie tysiące ofiar pochłaniają.

§ 9 i 18 ustawy wyklucza osoby będące w styczności z choremi zakaźnemi od uczęszczania do szkoły, choroba zakaźna musi jednak być jedną z tych, które podlegają obowiązkowi donoszenia. Mimowolnie nasuwa się pytanie, jak postąpi władza szkolna z osobami, będącemi w bezpośredniej styczności z chorymi na odrę, krztusiec, dalej z chorymi łuszczącymi się po odrze, chorymi na świerzb, a nawet kiłę, wobec okólnika Rady szkolnej krajowej z dnia 26. I. 1887 L. 10359 (wydanego na podstawie upoważnienia Ministerstwa wyznań i oświaty z dnia 22. VIII. 1885 L. 13321 po porozumieniu z Ministerstwem spraw wewnętrznych); czy i ten okólnik straci moc prawną?

Dalej nigdzie nie powiedziano w ustawie, kto ma w razie potrzeby zamykać szkołę. Sprawa ta już obecnie stała się sporną między władzami szkolnemi a lekarzami rządowymi. Władze szkolne, chcąc powstrzymać szerzenie się odry i krztuśca i opierając się na okólnikach Rady szkolnej krajowej, donoszą nieraz, że jest kilkudziesięciu uczniów chorych na odrę, krztusiec i t. p. i żądają zamknięcia szkoły. Lekarz powiatowy nie może jednak według nowej ustawy wyjechać celem sprawdzenia tej choroby, a nie wiedząc, jak ona przebiega, jak się rozszerza, czy jest rzeczywiście odrą, nie może on orzec i zamknięcia szkoły. Szkoła więc pozostaje otwartą, choroba szerzy się po całej gminie, a nawet przenosi się do sąsiednich gmin i powiatów, w ławkach szkolnych pustki, a nauka nie odbywa się prawidłowo. Przypadki takie są częste, a ja sam w moim powiecie w ostatnim kwartale 1913 miałem takich doniesień niezałatwionych siedem, które przesłałem do rozstrzygnięcia Namiestnictwu. Szkoły były otwarte, lekarz nie sprawdzał chorób, ale za to wykazy statystyczne o ruchu chorych za IV. kwartał 1913 wykazują bardzo znaczną liczbę zmarłych na odrę i koklusz.

Mógłby ktoś z nieświadomych zrobić w tem miejscu uwagę, że do zamknięcia szkoły z powodu choroby zakaźnej niekonieczna jest interwencya lekarza rządowego, jak tego wymaga rozporządzenie Rady szkolnej krajowej z dnia 13 maja 1896 L. 38739, ale wystarczą władze szkolne miejscowe. Wobec takiego zarzutu muszę przedstawić genezę i potrzebę tegoro zporządzenia.

W roku 1895 Rada szkolna krajowa zwróciła się pisemnie do Namiestnictwa z zarzutem, że lekarze rządowi zbyt pochopnie zamykają szkoły i przez to utrudniają naukę. Dokładniejsze badanie wykazało, że lekarze powiatowi z temi bardzo licznemi zamykaniami szkół nie mieli nic wspólnego, o nich nawet nie wiedzieli i że w wielu miejscach nie została wcale stwierdzona epidemia, a jednakże szkoły tygodniami były zamknięte. Szkołę zamykali kierownicy, przełożeni rad szkolnych miejscowych, duszpasterze i t. p. Po sprawdzeniu tego wydała Rada szkolna krajowa wspomniany okólnik, oddając władzę zamykania szkół tylko w ręce lekarza rządowego z zastrzeżeniem, by uwiadomiono o zamknięciu szkoły bezzwłocznie bądź Radę szkolną okręgową, bądź krajową, celem zatwierdzenia zarządzenia.

Obowiązek ten nam narzucony i dziś jest potrzebny. Wiadomo nietylko nam, ale i władzom centralnym, że w razie epidemii nauczyciele i nauczycielki niejednokrotnie rozszerzają wieści o ogromnej liczbie chorych, ażeby rodzice obawiali się posyłać dzieci do szkoły, poruszają najrozmaitsze sprężyny, żądają zamknięcia szkoły, a czasem nawet i w dziennikach ukazuje się wzmianka o niesumienności i lekceważeniu choroby przez lekarza rządowego, który do tego żądania nie chce i nie może się zastosować, jeżeli niema istotnej potrzeby zamknięcia szkoły. Na dowód, że w twierdzeniu tem niema przesady, odwołuję się na zdanie licznych Kolegów i akta biura sanitarnego Namiestnictwa, które kilkakrotnie było zmuszone wysyłać inspektorów sanitarnych celem stwierdzenia na miejscu rozmiarów choroby i potrzeby zamknięcia szkół. Okazywało się przytem zawsze, że słuszność była po stronie lekarza rządowego. Nie wiem, jak często się to zdarza w innych powiatach, ja jednak w ciągu czterech lat 3 razy miałem z tego powodu inspekcyę.

Okazuje się więc, że jeżeli u nas nie ma cierpieć tok nauki, a zarazem i sprawy sanitarne, to w całej pełni powinno być utrzymane rozporządzenie Rady szkolnej krajowej z dnia 13. V. 1896 L. 38739 z tym dodatkiem, że zamykać szkoły może tylko lekarz rządowy po poprzedniem osobistem sprawdzeniu rodzaju choroby i stopnia rozszerzania się na miejscu, a nie po sprawdzeniu przez żandarmeryę, z którą to myślą noszą się niektórzy starostowie.

Przechodzę teraz do III części ustawy, która dotyczy odszkodowania i ponoszenia kosztów. Tę część ustawy musimy powitać nietylko z najwyższem zadowoleniem, ale nawet i z wdzięcznością ze względu na § 34 i 35. zabezpieczające choć częściowo lekarzy, zatrudnionych przy zwalczaniu epidemii i osób zajętych pielęgnowaniem, oraz rodzin w razie śmierci lekarza.

Lecz i w tej części ustawy są znaczne braki, wskutek czego w Galicyi przepisy ustawy nie dzadzą się tak łatwo przeprowadzić. Mianowicie w § 36 nie ma wzmianki o tem, ażeby skarb państwa pokrywał koszta odkażania, a temsamem koszta te spa-

Laboratoires P. FAMEL — 20—22, Rue des Orteaux, PARIS.

SIROP FAMEL

A BASE DE LACTO-CRÉOSOTE SOLUBLE

Stanowi najlepszy specyfik przeciw **kaszlowi, nieżytowi przewlekłemu oskrzeli, kaszlowi napadowemu gruźliczych i schorzeniom nieżytowym**

W nowej kombinacyi z prawdziwym kreozotem bukowym zażywany i znoszony przez najwrażliwsze osoby.

Zawiera w łyżce stołowej:
Kreosotum lactic. solub. 0 g. 20
Calcium phosphoricum 0 g. 40
Codeinum . . . . . . 5 miligramów
Tinct. alcoh. aconiti . . 2 krople
etc. etc.

Sposób użycia:
Dorosłym 2 lub 3 łyżki stołowe dziennie (rano i wieczorem) 123
Dzieciom 2 lub 3 łyżeczki kawowe lub deserowe
Czysty lub w gorącej herbacie.

Cena K 4·— za flakon. Sprzedaż we wszystkich aptekach.

Próbki bezpłatne i piśmiennictwo: JULIEN MEYER, Wiedeń XVIII, Gersthoferstrasse 107.

dają na gminy. Czy nasze gminy ubogie zdołają koszta te pokryć, pozwolę sobie powątpiewać, tembardziej, że nietylko z braku funduszów, ale i wskutek ślepej wiary w opatrzność i przeznaczenie będą gminy uważać wszelkie zarządzenia, a szczególniej odkażanie, za zbyteczne. Koszta więc odkażania powinien pokrywać skarb państwa, tak samo, jak czyni to przy chorobach zakaźnych zwierzęcych.

Sposób przeprowadzenia odszkodowania za zniszczoną odzież, utratę zarobku, wymagający długiej procedury, jest niewłaściwy, w tych bowiem przypadkach chodzi o ludność ubogą, która żyje z dziennego zarobku i ma tylko jedno odzienie na sobie. Odszkodowanie więc powinno być wypłacone natychmiast, a nie dopiero po kilku miesiącach; w przeciwnym razie ludność będzie cierpieć niedostatek, a nawet głód, a po zniszczeniu odzieży będzie chodzić chyba nago. Zresztą przewlekłe postępowanie i powstała stąd ogólna niewiara w odszkodowanie sprowadzi takie następstwa, jakie spostrzegłem podczas cholery w roku 1893 w powiecie borszczowskim. Asygnaty sprzedawano tam za bezcen żydom, rzeczy, jak kożuchy, pierzyny, poduszki, ukrywano w kukurydzy, co sam stwierdziłem w Bilczu, a ukrywanie to było przyczyną szerzenia się cholery omal przez 3 lata.

§ 38 jest dla mnie niezrozumiały i nie wiem, czy tyczy się lekarzy, a mianowicie, czy pod ten przepis ma być pociągnięte jak dotychczas leczenie duru plamistego i ospy, czy to może się rozciągać i na inne choroby zakaźne. W każdym zaś razie premie te są śmiesznie małe, a rozdział ich zbyt dowolny.

Rozdział IV. ustawy pomijam zupełnie, albowiem postanowienia karne nie należą do naszego zakresu działania i musimy bezwarunkowo solidarnie się bronić, ażebyśmy i na przyszłość byli zwolnieni od orzekania kar. Zadaniem naszem jest leczenie i tłumienie chorób zakaźnych, pozyskanie zaufania ludności, czemu rola sędziego karnego stałaby na przeszkodzie.

Tak samo i część V. ustawy co do kompetencyi władz przekracza zadanie niniejszego referatu, chociaż nieraz niejasna stylizacya da się lekarzom rządowym we znaki.

Nim zakończę niniejszy referat, muszę postawić jeszcze ważne dla nas pytanie, czy lekarze rządowi w Galicyi podołają wszystkiem włożonym na nich przez nową ustawę obowiązkom.

Lekarz rządowy według tej ustawy ma sprawdzać chorobę, wydawać zarządzenia, leczyć chorych, zarządzać odosobnienie zdrowych, nadzorować żywienie ich, interweniować przy oszacowaniu przedmiotów zakażonych, dochodzić wysokości utraty zarobku, śledzić za tajonymi przypadkami choroby i nadzorować a raczej przeprowadzać odkażanie. Zadanie to zanadto wielkie dla jednej osoby przy naszych rozległych powiatach i konieczne jest dodanie lekarzowi pomocy. Pomoc ta byłaby możliwa tylko przez ustanowienie w każdem starostwie posad pomocników, w rodzaju pomocników lekarskich przy wojsku. Pomocnik taki powinien być obznajmiony ze sposobami odkażania i pielęgnowaniem chorych, a w chwilach wolnych od tych zajęć byłby zatrudniony jako pisarz w biurze sanitarnem. Należy też stworzyć organ kontrolny, któryby ciągle śledził nietylko za tajonymi przypadkami chorób zakaźnych, wymienionych w § 1. ustawy, ale za odrą, krztuścem, ospą wietrzną, kiłą, świerzbem, albowiem tylko w ten sposób może władza uzyskać wiadomości, że choroby te pojawiają się i w jakich rozmiarach, ażeby mogła uczynić zadość drugiemu ustępowi § 1. Weterynarze mają takie organa w tak zwanych żandarmach kontrolnych, którzy po jednym znajdują się w każdym posterunku granicznym. W razie braku takiej stałej kontroli przepisy nowej ustawy nie będą wykonane lub też wykonanie ich będzie chromać.

Kończąc, przedstawiam następujące rezolucye:

1) Z uwagi, że śmiertelność wskutek odry i krztuśca wynosi rokrocznie w Galicyi 5000 do 8000 zmarłych, co w porównaniu ze śmiertelnością innych 18 krajów koronnych Austryi stanowi 68·5%, względnie 63% ogólnej śmiertelności z powyższych chorób, powinny władze centralne obydwie te choroby obecnie zaliczyć w Galicyi do chorób zakaźnych z obowiązkowem donoszeniem w myśl 2 ustępu § 1 ustawy z dnia 14. IV. 1913 i starać się ich szerzenie się ograniczyć i stłumić.

2) Ponieważ pod nazwą grypy może się często ukrywać dur plamisty i zapalenie opon mózgowych, a pod ospą wietrzną ospa prawdziwa, czego w Galicyi nie mogą stwierdzić zwierzchności gminne z przyczyny prawie zupełnego braku lekarzy gminnych, przeto choroby te na doniesienia zwierzchności gminnych powinny być stwierdzane przez lekarza rządowego, szczególniej przy ciężkim przebiegu, i to w całej Galicyi, a zwłaszcza w powiatach pogranicznych.

Sorisin nazwa zastrzeżona (Syr. kal. Sulfo-Guajacol)

Sorisin-Codeinat

Wskazania: przy nieżytach dróg oddechowych, jak nieżyt oskrzeli, krztusiec, nieżyt szczytu płuc — rozpoczynającej się gruźlicy.

Dawkowanie: 3—1 łyżeczki dziecięce 1 raz dziennie dorosłym, dzieciom połowę.

Sorisin: cena za flaszkę K 2·—
Sorisin-Codeinat: „ „ „ K 2·20

Nowość — Przetwór skrzepiający nerwy i środek wzmacniający — Nowość

„Salugen“

Wybitny i smaczny przetwór mleka białkowego.

50 g. Salugen K 1·80
100 g. Salugen K 3·40. — 250 g. Salugen K 8·40

Próbki bezpłatnie i opłatnie.

Skład generalny
HERBABNY-SCHOLZ
Wien I, Graben 7. 81

Apteka pod „Aniołem“

Kraków-Półwsie.

Pilulae Eucalyptoli comp. fabr. Banke.

Stosowane z bardzo korzystnym wynikiem w przypadkach chorób dróg oddechowych. Zastępują w zupełności wszelkie dotychczasowe przetwory kreozotowe. Słoik oryg. zawiera 200 pigułek otoczonych czekoladą.

Ung. Amidoazotoluoli Banke

działającego składnika czerwieni szkarłatnej celem przyspieszenia ziarninowania i pokrywania się rany przyskórkiem. — W tubach i słoikach oryginalnych.

Własnego wyrobu:

wszelkie wyjałowione wstrzykiwania podskórne w ampułkach ze szkła jenejskiego. 240

Ung. hydrargyri oxydati flavi pultiforme „Banke“ sec. Dr Schweissinger.

3) O kile i świerzbie mają i nadal zwierzchności gminne donosić, a w razie stwierdzenia tych chorób w większych rozmiarach należy delegować na miejsce lekarza rządowego celem stwierdzenia choroby i wydania stosownych zarządzeń. Przy pojedynczych przypadkach należy na gminy nałożyć obowiązek przymusowego leczenia tych chorych. Koszta, wynikłe z powodu badania i leczenia tych chorób, mogą być ściągane w razie możności od samychże chorych.

4) Dla uniknięcia nadużyć w pochopnem zamykaniu szkół z powodu chorób zakaźnych należy i nadal utrzymać w całej pełni rozporządzenie Namiestnictwa, względnie Rady szkolnej krajowej z dnia 13. V. 1896 L. 38739.

5) Prawo przymusowego przeniesienia chorego do szpitala zakaźnego musi być zależne tylko od orzeczenia lekarza delegowanego z zastrzeżeniem bezzwłocznego zawiadomienia o tem kierownika władzy politycznej, nie powinno zaś zależeć od starostwa.

6) W celu wykrycia i leczenia jaglicy muszą być wydane u nas specyalne zarządzenia co do zbadania pod względem choroby ócz całej ludności tych gmin, gdzie choroba ta często występuje i co do rewizyi na granicy robotników sezonowych, powracających z Niemiec.

7) Wynagrodzenia za zniszczoną przy odkażaniu odzież i za utratę zarobku należy bezzwłocznie przynajmniej w $^3/_4$ częściach wypłacać stronom, nie czekając na asygnatę Namiestnictwa. Koszta odkażania, oraz środków desinfekcyjnych powinien ponosić skarb państwa, a nie gminy.

8) W każdem starostwie powinien być przyjęty odpowiedni oficyant, któryby zajmował się przeprowadzaniem odkażania, nadzorował odosobnienie chorych i pouczał ludność o pielęgnowaniu chorych.

9) Powinny być również utworzone organa kontrolne, któreby ciągle śledziły za tajonymi przypadkami choroby zakaźnej i donosiły o epidemiach, nie objętych ustawą.

Sejmowe sprawy sanitarne w r. 1914.

Wiadomości i uwagi, podane o tegorocznych sejmowych sprawach sanitarnych w Nrze 8. »Przeglądu lek.« (str. 108) uzupełnić należy tem, że Wydział krajowy przedłożył Sejmowi jeszcze dodatkowo wniosek o dokupienie terenu dla zakładu w Kobierzynie i o rozszerzenie szpitala w Krośnie przez wybudowanie pawilonu zakaźnego, domu gospodarskiego i domu przedpogrzebowego kosztem około 113.000 koron.

Wnioski Wydziału krajowego, dotyczące dokupienia terenu i rozszerzenia rzeźni i piekarni w Kobierzynie, sprawozdanie o postępach budowy tego zakładu, oraz wnioski w sprawie rozszerzenia, budowy lub przebudowy szpitali w Białej, Bochni, Drohobyczu, Jaśle, Krośnie, Podhajcach, Rzeszowie i Stanisławowie — Sejm uchwalił. Fakt to nadzwyczaj pomyślny, gdyż w ten sposób rozwiązana została sprawa całego szeregu szpitali, oddawna wyczekujących należytego pomieszczenia.

Pomimo przeciążenia pracą, znalazł Sejm także czas na krótką dyskusyę sanitarną, w której głównym punktem była zasadnicza i świetna mowa prof. Marsa (ogłoszona w całości w dzienniku »Czas« w Krakowie), a kładąca wielki nacisk na konieczność wielkich dalszych inwestycyi w szpitalnictwie. c.

II. Zjazd lekarzy prowincyonalnych Królestwa polskiego w Lublinie w d. 31. V. i 1. VI. 1914.

Komitet Zjazdu zaznacza, że chociaż odezwa Komitetu (ogłoszona w Nrze 10 »Przeglądu lekarskiego«) mogła być rozesłana wyłącznie do lekarzy, zamieszkałych na prowincyi, jednakże lekarze warszawscy mile widziani będą na Zjeździe, a również zgłaszać mogą swe uczestnictwo, odczyty i t. d. Do wszystkich, którzy odezwy z winy poczty nie otrzymali, zostanie ona wysłana natychmiast po otrzymaniu właściwego adresu. Adresy należy w tym celu przesyłać na ręce sekretarza komitetu zjazdowego, Dr W. Jasińskiego, Lublin, Krakowskie Przedmieście 46.

Tytuły wykładów, zgłoszonych na Zjazd, zostaną wkrótce podane do wiadomości ogólnej.

II. Zjazd internistów polskich we Lwowie w dniach 23 i 24 lipca 1914.

Dalszy ciąg zgłoszonych wykładów:

Z kliniki medycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego: 6) Porównanie badań rentgenowskich a fizycznych żołądka, kol. Prof. Walery Jaworski (Kraków). 7) Demonstracya i tłómaczenie elektrokardyogramów zdjętych odmiennym sposobem, kol. Prof. W. Jaworski. 8) Demonstracya oklepywania i ucisku wibracyjnego narządów wewnętrznych jako pomocniczego sposobu rozpoznawczego, kol. prof. W. Jaworski. 9) Zapobieganie reklamowaniu i używaniu leków bezwartościowych przez lekarzy, kol. prof. W. Jaworski. 10) Aortitis luetica, jej rozpoznawanie i leczenie, kol. Zygmunt Wachtel (Kraków). 11) Hypofizyna jako środek sercowy, kol. Z. Wachtel. 12) Wpływ lieniny na skład krwi oraz jej znaczenie lecznicze w chorobach krwi, kol. Z. Wachtel. 13) Kliniczne znaczenie nowego sposobu osłuchiwania tonów i szmerów sercowych, kol. Karol Mayer (Kraków). 14) Ułatwiony sposób badania różnic szmerów oddechowych i sercowych, kol. K. Mayer. 15) Fotografowanie wyłącznie samego serca, kol. K. Mayer. 16) Rentgenografia i rentgenoskopia przy wzmocnionem natężeniu promieni, kol. K. Mayer. 17) Elektrografia serca przy nowym sposobie odprowadzania różnic potencyałów, kol. K. Mayer. 18) Elektrokardyogramy w ostrych zapaleniach nerek, połączonych z podwyższeniem parcia krwi, kol. K. Mayer. 19) Wydzielanie kwasu moczowego w kilku schorzeniach gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu, kol. Jan Nowaczyński (Kraków). 20) Wpływ wyciągów gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu na wydzielanie kwasu moczowego, kol. J. Nowaczyński. 21) O wrzodzie dwunastnicy, kol. J. Nowaczyński.

Dalsze zgłoszenia należy nadsyłać pod adresem: Prof. Dr R. Rencki, Lwów, Romanowicza 3.

Upraszamy pisma lekarskie polskie o przedrukowanie powyższego sprawozdania.

Za komitet gospodarczy miejscowy we Lwowie

Sekretarz: A. Sabatowski. Przewodniczący: R. Rencki.

Wiadomości bieżące.

II. Zjazd internistów polskich przełożony został o kilka dni i odbędzie się 23. i 24. lipca, tuż po Zjeździe higienistów polskich.

Kraków. W »Domu zdrowia nauczycielstwa ludowego« w Zakopanem leczyło się (według ogłoszonego właśnie XII. sprawozdania) w r. 1912/13 chorych 80, z których według klasyfikacyi Turbana-Gerhardta zaliczono do I okresu 36%, do II — 40%, do III 24%. Odsetek chorych w I okresie był więc mniejszy, a chorych w II okresie większy, niż zwykle bywa w sanatoryach. Wyraźną poprawę osiągnięto u 56%, względną — u 33% le-

Naturalna
Szczawa Bilińska
Najobfitsza alkaliczna
(sód-lit) szczawa
Czech. 143

czonych; u 8% stan się nie zmienił, w jednym przypadku stan się pogorszył. Wyniki więc były bardzo korzystne mimo niekorzystnego materyału, co Dr Brzeziński, dyrektor tego sanatoryum, przypisuje w swem sprawozdaniu lekarskiem temu, że okres leczenia był w sanatoryum stosunkowo dłuższy, niż gdzieindziej. Koszt utrzymania sanatoryum w r. 1912/13 dobiegał 30.000 k., fundusz budowy własnego domu — 11.239 kor.

— Towarzystwo ratunkowe wybrało prezesem ponownie r. dw. prof. Wicherkiewicza, wiceprezesem prof. Rutkowskiego.

— Dyplom doktorski uzyskał p. Józef Wyrobisz, rodem z Kolbuszowy w Galicyi.

— W dziennikach pojawiła się następująca wiadomość: »Hamburger Nachrichten« oburzają się, że międzynarodowy kongres neurologii i psychiatryi w Bernie uznał Polaków za członków samodzielnego narodu, i z tego powodu piszą, co następuje: »Właściwie zamierza międzynarodowy kongres neurologiczno-psychiatryczno-psychologiczny, mający obradować od 7 do 12 września w Bernie szwajcarskiem, zajmować się czem innem, aniżeli sprawą odbudowania wydziedziczonej i podzielonej Polski. Ale w organizacyi swej międzynarodowej komisyi pracy utorował on skwapliwie drogę odbudowaniu państwa polskiego. Wyliczono tam alfabetycznie członków komitetu i uporządkowano ich według poszczególnych państw. Po Danii następują Niemcy z największą liczbą lekarskich powag, po Norwegii następuje Austrya, po Rumunii Rosya. Ale tuż za Austryą stoi wyraźnie pomiędzy mocarstwami i państwami: Polska austryacka, Polska niemiecka i Polska rosyjska. Tak więc międzynarodowy kongres neurologii i psychologii nie uznaje ziem polskich za przynależne do Austryi, Niemiec i Rosyi, lecz daje im zupełną niezależność państwową. Co zamierzała uczynić komisya kongresu, mało nas to obchodzi i jest nam obojętne. W każdym razie jest to odłączenie Polski od Niemiec, Austryi i Rosyi politycznem przewinieniem i członkowie komisyi powinni założyć przeciwko temu protest«. W końcu radzą »Hamburger Nachrichten«, aby lekarze niemieccy jak jeden mąż pozostali głusi na wezwanie komitetu i nie brali udziału w kongresie«.

Wiadomość ta jest ciekawym przyczynkiem do historyi usiłowań, aby na międzynarodowych zjazdach lekarskich przyznano nam należne stanowisko. Wystąpienie bowiem »Hamburger Nachrichten« wskazuje niedwuznacznie, k t o to taki usiłowania nasze dotąd udaremniał i polityczną nienawiścią zakaził pole pracy dla dobra całej ludzkości; tego wprawdzie można się było domyślać, ale nie było dotąd można udowodnić.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 8. III. do 21. III. 1914 zgłoszono przypadków: błonicy 2 † — (obcych 8 † 4), krztuśca 4 † 2, ospy wietrznej 1, płonicy 30 † 3 (2 † 1), odry 13 † 2, duru brzusznego 7 † 1 (2 † 1), zapalenia opon mózgowo-rdzen. — † 1. Dr Janiszewski.

Warszawa. Polskie Towarzystwo okulistyczne liczy w r. b. 37 członków, z tych 23 zamieszkałych w Warszawie, a 14 zamiejscowych. W r. 1913 odbyło Towarzystwo 8 posiedzeń, na których odbyło się 27 wykładów i pokazów z objaśnieniami; dochody wynosiły 320·50 rb., wydatki 211·60 rb.; biblioteka zawiera 154 tomów i 10 czasopism. Sprawozdania z obrad Towarzystwa ogłasza w »Postępie okulistycznym« krakowskim sekretarz Dr Paradowski. Prezesem Towarzystwa jest Dr Ziemiński.

— W Rosyi dopuszczono kobiety-lekarki do czynności lekarzy sądowych. (Med. i Kron. lek. 12).

— »Medycyna i Kronika lekarska« (Nr 12) zapisuje pogłoskę, że płace ordynatorów (prymaryuszów) szpitalnych mają być podobno podwyższone na 600 rb. rocznie, a płace asystentów na 300 rb.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 2. III. do 23. III. 1914. przypadków: ospy 1 † —, płonicy 4 † —, róży 1 † —. Dr Trenkner.

Z różnych stron. III. Zjazd lekarzy gubernii mińskiej odbył się w styczniu r. b. pod przewodnictwem Dr Ryszarda Janowskiego, prezesa mińskiego Towarzystwa lekarskiego, przy udziale 155 uczestników. Posiedzeń było 8, z nich jedno poświęcone gruźlicy. (Lekarz wileński, Nr 2).

Mianowani: Dr L. Budny ordynatorem Domu wychowawczego, Dr L. Wernic ordynatorem szpitala św. Łazarza w Warszawie; prof. Biedl z Wiednia profesorem patologii og. w Pradze (w uniwersytecie niemieckim).

Zmarli: Dr Zygmunt Habdank-Gembarzewski, konsulent kolei państwowych, w 48 r. ż. we Lwowie; Dr Kazimierz Orłowski, lekarz marynarki, w Błagowieszczeńsku; Dr Mieczysław Zaczek w Krzemieńcu.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 1. kwietnia 1914 w domu Towarzystwa (Radziwiłłowska 4) o godz. 6 wieczorem.** Na porządku dziennym: 1) Wykład Prof. Rosnera: Ciąża, a złośliwe nowotwory odbytnicy. 2) Demonstracye.

Szczawa **Krondorfska** uznana za najlepszą i naturalną.
Najlepsze skutki w nieżytach żołądka i pęcherza, jakoteż dróg oddechowych. 205
Prospekty rozsyła na żądanie Brunnen-Unternehmung Krondorf bei Karlsbad lub też Generalna reprezentacya dla Galicyi i Bukowiny, Kraków, Grodzka 48. Lwów, Sykstuska 31.

HUNYADI JÁNOS
GORZKA WODA NATURALNA
NAJLEPSZY ŚRODEK CZYSZCZĄCY
ZWRACAĆ UWAGĘ NA FIRMĘ ANDREAS SAXLEHNER NA KAŻDEJ ETYKIECIE

FABRYKA OPATRUNKÓW CHIRURGICZNYCH
„VIS“ W KRAKOWIE
(Nr telefonu 200)
wyrabia obecnie watę do celów ginekologicznych pod nazwą prawnie zastrzeżoną:
„GYNOS“.
Jest to najlepszy gatunek waty wyjałowionej w płatkach 20×12 cm. Każdy karton »GYNOS« zawiera 250 g. tej waty.
Poprzednie oznaczenie waty ginekologicznej literą **P**, jako nie zastrzeżone, kładli na swej wacie wszyscy fabrykanci opatrunków. Dla zapobieżenia tym nadużyciom upraszam Wnych Panów Lekarzy-Ginekologów, chcących poprzeć mój wyrób, zapisywać łaskawie: »Gossypii Gynos« scatul. original. Nr...
(Wywożę tę watę aż do Bukaresztu).
208 Z poważaniem
L. M. Dobrowolski,
magister farmacyi.

MATTONIEGO GIESSHÜBLER
naturalna szczawa alkaliczna
NAPÓJ ORZEŹWIAJĄCY STOŁOWY,
SKUTECZNY BARDZO NA KASZEL W CHOROBACH ONGI, KATARACH ŻOŁĄDKA I PĘCHERZA.

Rok LIII. Kraków, dnia 4. kwietnia 1914 Nr 14.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Przyczynek do zapobiegania przedziurawieniom macicy podczas wyskrobań po poronieniach.

podał

Dr Emanuel Herz (Rzeszów).

Z roku na rok wzrasta kazuistyka przedziurawień macicy po wyskrobaniu po poronieniach w zastraszający sposób i dziwić się tylko należy, że mimo upomnień z różnych poważnych stron, uszkodzenia macicy raczej się mnożą, aniżeli ubywają.

Szukając przyczyny tego zjawiska, znajdziemy ich kilka.

Według mego zdania należy uważać za pierwszą przyczynę następującą okoliczność: 1) Wielu lekarzy nie jest należycie poinformowanych, jakiej siły użyć można podczas operacyi we wnętrzu macicy ciężarnej, mimo że — jakby się zdawało — ogólnie znanym jest ten ważny szczegół, iż macica ciężarna często jest miękka, jak masło, i że nietylko narzędziami, ale nawet palcem z łatwością przedziurawioną być może. (Experimentelle Untersuchungen von Graeser Z. f. Gyn. Nr 39, 1907). Co do tego wyraził się Chrobak[1]) na posiedzeniu ginekologów w Wiedniu w r. 1907 (referat w Z. f. Gyn. Nr 47, 1907) w następujący sposób: »Wszyscy wiemy, że w ostatnich czasach wzrasta liczba przedziurawień macicy wprost gorsząco (in ganz skandalöser Weise), a mianowicie a) wskutek polipragmazyi lekarzy, przyczem nie potrzebuję chyba wyjaśniać, że jama macicy jest właśnie znakomitem polem dla tej chętki mnogich zabiegów; b) wskutek tego, że prawie każdy, kto raz miał w ręce wziernik pochwowy, uznaje się za uzdolnionego do podjęcia wyskrobania macicy, choćby nawet żadnych wiadomości ginekologicznych nie posiadał; c) wskutek coraz większej brutalności operatorów; niejednokrotnie widywałem, z jaką wprost zaciekłością niektórzy lekarze wyskrobują macicę«.

2) Ściana macicy jest często patologicznie zmieniona (zakażenia, zaśniad groniasty, nabłoniak złośliwy, rak trzonu, rozpadający się włókniak, dłużej trwające [przewlekłe] poronienie).

Dalsze przyczyny są następujące:

3) Nieświadomość, lub niedokładne zbadanie macicy przed rozpoczęciem zabiegu. Nie ulega bowiem wątpliwości, że lekarz, który przez dokładne badanie oburęczne nie przekona się o położeniu i wielkości macicy samej i jej otoczenia, musi się liczyć z możliwością jej przedziurawienia.

4) Błędna technika wyskrobania macicy. Nieraz można zauważyć w praktyce, jak lekarze, przystępując do wyskrobania macicy podczas poronienia, nie myślą o koniecznem w takim przypadku rozszerzeniu szyjki, lecz odrazu wprowadzają ostrą łyżeczkę najmniejszego kalibru do jamy macicy i manipulują wewnątrz niej bez systemu i zastanowienia, zamiast rozszerzyć poprzednio szyjkę, a potem dopiero wprowadzić tępą, wielką łyżkę lub ostrą łyżeczkę (kiuretę) aż do jej dna dla dokładnego wydobycia błon lub resztek jaja płodowego.

5) Niewłaściwe i nieodpowiednie użycie narzędzi, jakoto kleszczy do poronień (Abortus- u. Löffelzangen) i kleszczyków (Kornzange). Temi narzędziami kleszczowemi sprawia się często ogromne spustoszenia, głównie w ten sposób, że przy pierwszem zamknięciu łyżek chwyta i przedziurawia się ścianę macicy, a skoro nic na zewnątrz wydobyć się nie dało, wprowadza się powtórnie to samo narzędzie do zrobionego otworu i wyciąga kawał jelita, albo otrzewnej.

Następstwem takich skaleczeń macicy bywa albo zakażenie, albo krwotok wewnętrzny, z których to niebezpieczeństw dla chorej w wielu przypadkach lekarz zrazu nie zdaje sobie sprawy. Czasem uda się przez odpowiednią operacyę życie tak nieszczęśliwie operowanej uratować, często jednak chore te giną. W najlepszym razie po wyjęciu macicy przykute są przez długie tygodnie do łoża, a wyzdrowiawszy, są na zawsze kalekami, gdyż w młodym wieku straciły zdolność rodzenia.

Inną kategoryę uszkodzeń, jednakowoż mniej niebezpiecznych, stanowią te, które powstają przez użycie zgłębnika macicznego, albo rozszerzadeł Hegara, albo łyżeczki. Uszkodzenia temi narzędziami mogą być mniej niebezpieczne dla życia, jeżeli się je natychmiast rozpozna, jeżeli narzędzia były aseptyczne, jeżeli sama treść macicy nie była zakażona, a zwłaszcza dlatego, że te narzędzia nie chwytają miąższu macicy lub innych narządów brzusznych, tak jak kleszczyki, nie wyciągają ich i nie miażdżą. Jednakowoż łyżeczka może sprawić znaczne uszkodzenia narządów brzusznych, jeżeli się je po przebiciu macicy łyżeczką maltretuje, i tak nawet rozszerzadłami Hegara sprawiono już nieraz takie

uszkodzenia, w których następstwie wyjęcie macicy stało się koniecznem.

Przegląd literatury ostatnich lat co do tej sprawy dostarcza zastraszającej liczby niezwykłych uszkodzeń macicy w następstwie operacyi po poronieniach.

I tak Orthmann [2]) donosi o 88 przypadkach, opisanych w ostatnich 5 latach, z których w 75 przebicie macicy nastąpiło podczas wypróżnienia jej zawartości w okresie poronienia, zaś w 13 pozostałych chodziło o przebicie macicy nieciężarnej. A mianowicie: raz nastąpiło przebicie zapomocą rozszerzadła Hegara, raz zapomocą kleszczyków (Abortuszange), raz zapomocą cewnika twardego, 2 razy zapomocą zgłębnika macicznego, 6 razy zapomocą łyżeczki, użytej z powodu zapalenia śluzówki macicy, mięsaków lub krwotoków przekwitowych. Przebicie macicy zapomocą rozszerzadła Hegara odnosiło się do przypadku, w którym macica była zajęta mięsakiem, zaś cewnikiem twardym przebito macicę, usiłując w celach niedozwolonych przerwać ciążę. Z tych 13 przypadków zakończyło się 4 śmiercią.

Z owych 75 przypadków przebicia macicy ciężarnej przyczyną przebicia była łyżeczka w 25 przypadkach, kleszczyki zwykłe w 13, w 21 kleszczyki Wintera lub Schultzego, w 4 zgłębnik, w 3 palec, w 5 rozszerzadło Hegara, w 4 niemożna było się dowiedzieć, jakiego rodzaju narzędzia użyto. 20 z tych przypadków zakończyło się śmiercią (26·6%).

Oprócz powyższych podaje jeszcze Orthmann 3 przez siebie spostrzegane przypadki, z których w jednym nastąpiło przebicie tylnego sklepienia pochwy zapomocą palca i w którym to przypadku przez otwór zrobiony wydostały się na zewnątrz jelita; w drugim przypadku przebito trzon macicy łyżeczką, a rozpoznanie tego przebicia nastąpiło przypadkowo, kiedy przestrzykano wnętrze macicy rozczynem lyzolu i wśród tego przestrzykania nastąpił zapad. W obydwu tych przypadkach nastąpiło wyleczenie po zeszyciu ran szwem katgutowym. Jedynie w trzecim przypadku nastąpiła śmierć w następstwie przebicia macicy ciężarnej w 4. miesiącu ciąży zapomocą kleszczyków Wintera, przyczem lekarz przez zrobiony otwór wyciągnął około 80 cm. kiszki grubej, a nadto i inne jeszcze narządy wewnętrzne znacznie uszkodził.

Daleko większą liczbę przypadków zestawił Stumpf [3]). Ogłosił on 178 przypadków, zebranych z nowszej literatury. W 119 z nich przyczyną przedziurawienia była łyżeczka, przyczem 20 razy wypadło jelito albo sieć, (7 z tych chorych umarło), 30 razy przebił macicę zgłębnik, albo cewnik, 19 razy przebito macicę przy rozszerzaniu szyjki macicznej zapomocą narzędzi, 7 razy w następstwie użycia zwykłych kleszczyków (Kornzange), 2 razy zapomocą palca, raz przy stosowaniu gorącego powietrza (athmokausis), raz podczas przestrzykiwania kanką maciczną. Między tymi wszystkimi było 71 przypadków ciąży.

Augustin [4]) donosi o 29 przypadkach, połączonych z wypadnięciem jelita lub sieci, z których 11 zakończyło się śmiercią; we wszystkich uszkodzenia były ciężkie. Tylko w 5 z nich była ciąża.

Albrecht [5]) donosi z ostatnich lat 6, o 2 własnych, obok 65 innych przypadków przebicia macicy, spowodowanych operacyami, wykonanemi dla celów niedozwolonych, i to nie przez lekarzy, lecz przez laików, i tem tłómaczy wielką śmiertelność swojej statystyki, gdyż zginęło aż 46 kobiet (70.7%), a zaledwo 19 udało się uratować zapomocą ciężkich operacyi. Ten sam autor podaje jeszcze 47 innych przypadków, w których przedziurawienie nastąpiło wśród zabiegów leczniczych lub podjętych w celu ustalenia rozpoznania. Śmiertelność w tych przypadkach wynosiła tylko 10 (21%). We wszystkich tych przypadkach przedziurawienie było bez powikłań, natomiast w 26 innych nastąpiło jeszcze wypadnięcie jelita. Z tych 26 liczba śmiertelnych doszła do 9 (34·6%).

Braun-Fernwald [6]) podaje 47 przypadków, w których przedziurawiono macicę najrozmaitszemi narzędziami, nawet blaszecznicą. Między nimi było 11 przedziurawień zgłębnikiem, 9 różnemi rozszerzadłami, 3 blaszecznicą, 6 łyżeczką, 2 długim drutem, 1 drutem od parasola, 2 cewnikiem, 4 kanką maciczną, 6 kleszczykami, 2 serengą. Z tych w 1 przypadku nastąpiło ciężkie zakażenie, w 1 wypadło jelito, w 1 sieć, w 1 jelito już było obumarłe i przedziurawione.

Dlatego to Braun powiada dosłownie: »Lekarze, którzy nie wyuczyli się operowania, jako praktykanci w klinice ginekologicznej, nie powinni samodzielnie wykonywać skrobania macicy, ponieważ zwykle w praktyce niedocenia się niebezpieczeństw tego zabiegu. Wprawnemu operatorowi wolno posługiwać się narzędziami wybranemi wedle upodobania, sztuka jego leży bowiem nie w narzędziach, lecz w jego ręce«.

Puppe [7]) ogłasza zestawienie 264 przypadków przebicia macicy, obok 2 własnych, śmiercią zakończonych, przyczem obszernie zajmuje się odpowiedzialnością lekarza pod względem sądowo-karnym.

Heyman [8]) zebrał 65 przypadków przedziurawienia macicy nieciężarnej, w których stwierdzono dokonane uszkodzenia albo za życia, albo na stole sekcyjnym. Śmiertelność w nich wynosiła 9 (13·8%). Co się tyczy narzędzi użytych, to były niemi: 29 razy zgłębnik, albo narzędzie do zgłębnika zbliżone, 26 razy łyżeczka, 7 razy rozszerzadła, raz kleszczyki Schultzego, raz cewnik maciczny twardy, raz miękki. Zauważa ten sam autor, że rokowanie co do życia jest w przypadkach, w których niema ciąży, korzystniejsze aniżeli przy ciąży, co pochodzi stąd, że przy ciąży więcej się używa kleszczyków, aniżeli w innych przypadkach. W przypadkach, zebranych przez Heymana, wypadła 3 razy sieć, wszystkie 3 chore wyzdrowiały. Pięć przypadków zakończyło się śmiercią w ten sposób, że nie rozpoznawszy przedziurawienia, przystąpiono do przepłukania macicy; dowód, że rokowanie w takich razach jest najgorsze

Z literatury ostatnich czasów udało mi się zebrać jeszcze następujące drobniejsze zestawienia: Halban [9]) podaje 7 przypadków przedziurawienia; w 6 chodziło o ciążę, w jednym zaś lekarz tylko ją przypuszczał. Dwa przypadki zakończyły się śmiercią z powodu zapalenia ropnego otrzewnej. W 5 przypadkach przyczyną przedziurawienia było zastosowanie rozszerzadeł Hegara dla rozszerzenia szyjki z następowem użyciem kleszczyków (Abortuszange), w 2 zastosowano zgłębnik lub łyżeczkę.

Döderlein [10]) opisuje przypadek, przywieziony na klinikę w stanie bardzo groźnym; oprócz przedziurawienia zapomocą łyżeczki nastąpił gwałtowny krwotok i ropne zapalenie otrzewnej; chorą uratowano przez laparotomię.

Schuetze [11]) podaje 2 przypadki przedziurawienia macicy ciężarnej; w jednym z nich w następstwie zastosowa-

nia łyżeczki powstała przetoka jelitowo-maciczna, w drugim w następstwie blaszecznicy i łyżeczki wypadnięcie i uwięźnięcie jelita, które musiano na długości 12 cm. resekować.

Knoop[12]) donosi o jednym przypadku usiłowanego spędzenia płodu przy ciąży jajowodowej zapomocą płynu »Mixal«. W następstwie przedziurawienia musiano podjąć laparotomię, która zakończyła się wyzdrowieniem.

Thaler[13]) i Aschheim[14]) opisują po jednym przypadku, Schauta[15]) zaś wspomina w swej statystyce o 10 przypadkach, w następstwie których musiał wykonać całkowite wyjęcie macicy 9 razy; 2 zakończyły się śmiercią. Na uwagę zasługuje jeden jego przypadek, w którym zbyt energicznie postępujący operator wydarł znaczny kawałek otrzewnej, pokrywającej wzgórek kości krzyżowej, razem z kawałkiem chrząstki, leżącej między ostatnim kręgiem lędźwiowym a kością krzyżową; w drugim przypadku przedziurawienie doszło do więzadła szerokiego, tak że operacya wykazała wypadnięcie płodu pomiędzy blaszki więzadła.

Weibel[16]) donosi o przypadku, w którym lekarz, przedziurawiwszy macicę, wyciągnął i zmiażdżył pętlę esowatą. Doszczętna operacya skończyła się wyleczeniem.

W przypadku Wertheima[17]) operator wyciągnął zapomocą kleszczyków Schultzego pęcherz moczowy i kawałek prawego moczowodu na 8 cm.; usunięcie macicy i prawej nerki, wyleczenie.

Latzko[18]) na jednem z posiedzeń ginekologów wiedeńskich wspomniał o 4 przypadkach przedziurawienia, spostrzeganych w ciągu jednego tygodnia, z których 3 zakończyły się śmiercią i były sekcyonowane. Na uwagę zasługuje zdanie Schauty, wypowiedziane na tem samem posiedzeniu: »Uszkodzenia takie nie zdarzają się nam, starszym i doświadczonym ginekologom; to dziedzina lekarzy praktycznych, z których wielu niema nawet pojęcia o niebezpieczeństwach, na jakie narażają się, podejmując opróżnienie macicy. Wyznaję, że żaden inny zabieg operacyjny nie jest dla mnie tak przykry, jak wypróżnienie macicy, i przy żadnym też nie postępuję tak szczególnie delikatnie«.

(Dokończenie nastąpi).

Z oddziału chorób wewnętrz. szpitala krajowego w Sarajewie.

Kilka uwag i spostrzeżeń o nerwicach wegetatywnych.

Skreślił

Prof. Dr L. Korczyński.

(Ciąg dalszy).

W obu opisanych spostrzeżeniach czytamy wzmianki o zjawianiu się bólu w dołku sercowym. Ból ten poczytywać trzeba za następstwo skurczu mięśni okrężnych, tworzących zamknięcie wpustu do żołądka. Gałązki nerwowe otrzymują one, podobnie jak przełyk, z nerwu błędnego i zupełnie tak samo podlegają wpływom podrażnienia autonomicznego. Nerwowy skurcz wpustu (cardiospasmus) znany jest zresztą oddawna. Spotykamy się z nim w napadach przełomów żołądkowych w wiądzie rdzenia. Jako zupełnie samodzielna nerwica nie należy do zjawisk częstych i nie ma zazwyczaj znaczenia poważnej choroby. Wyjątkowo dziać się jednak może inaczej. Wśród moich zapisków znajduję krótki opis przypadku, w którym w następstwie takich nerwowych kurczów, powtarzających się w pewnych okresach czasu, cierpiało bardzo całe odżywienie, a zajmowanie się jakąkolwiek pracą było wprost niemożliwe. W tym okresie, kiedy chorego poraz pierwszy widziałem, był stan jego wprost bardzo smutny. Od szeregu dni nie mógł się odżywiać zupełnie, pokarmy nie dostawały się do żołądka; prawie natychmiast po spożyciu zjawiały się wymioty i wszystko wracało napowrót. Jedyne pożywienie stanowiły bardzo małe ilości mleka i ocukrzonej herbaty. Po kilkudniowym pobycie w Sarajewie przy stosowaniu leków uspokajających, wśród nich w pierwszym rzędzie atropiny, nastała o tyle poprawa, że chory mógł wyjechać na dłuższy pobyt do zakładu wodoleczniczego w Kaltenleutgeben. Powrócił stamtąd w stanie zupełnie zadowalniającymi zajął swoje stanowisko urzędowe jako starosta. Nerwica nie objawia się obecnie z dawną siłą, ale odzywa się zawsze jeszcze od czasu do czasu i zmusza chorego do zachowywania znacznych ostrożności pod względem odżywiania się i do unikania silniejszych wrażeń psychicznych i zmysłowych.

Ostateczny wynik był w tym przypadku, jak zresztą w większości podobnych, w zasadzie korzystny. Nie taki obrót wzięła sprawa w spostrzeżeniu, opisanem przez v. Szöllösyego[9]) ze szpitala Elżbiety w Peszcie. Tam u chorej, należącej do zamożnych warstw społecznych, pojawiły się na wiosnę 1910 roku pierwsze, z początku lżejsze i przemijające napady nerwicy wpustowej. Z biegiem czasu stawały się one coraz cięższe, pojawiały się coraz częściej, aż wreszcie doszło do tego, że skurcz występował przy każdej próbie jedzenia. Chora szukała porady u najsłynniejszych lekarzy peszteńskich i wiedeńskich, poddawała się każdemu leczeniu — wszystko napróżno. Jedynie tylko hipnoza, uprawiana systematycznie przez autora opisu tego spostrzeżenia, przyniosła, na niedługi zresztą przeciąg czasu, pewną poprawę. Wreszcie doszło do tego, że na mocy wprost życiowego wskazania trzeba było uciec się do zabiegu chirurgicznego, który v. Eiselsberg wykonał w swojej klinice.

O dwóch tych spostrzeżeniach wspomniałem nieco obszerniej, aby wprost na żywych przykładach pokazać, że takich czysto nerwowych, czynnościowych zaburzeń lekceważyć nie można, że i tu liczyć się trzeba z poważniejszemi następstwami, a więc zaraz w samym początku uczynić wszystko, co wiedzie do zmniejszenia, jeśli już nie do zupełnego usunięcia nadmiernej pobudliwości w układzie nerwu błędnego.

O ile nerwice przełyku i wpustu, należąc do rzadszych zjawisk, nie mają powszechnego praktycznego znaczenia, o tyle wprost przeciwnie stoi sprawa z nerwicami samego żołądka. Są one, na ogół biorąc, bardzo pospolite i zmuszają tą właśnie częstością każdego lekarza, aby się z niemi

---

[9]) Ludwig v. Szöllösy. Deutsche med. Wochenschrift 1913. Nr 46, str. 2240.

dokładnie zapoznał. Niewątpliwie też słusznie utrzymuje W. Jaworski[10]), że »żaden narząd w ustroju ludzkim nie podlega tak często zboczeniom czynnościowym na tle nerwowem, jak żołądek«. Wśród tych nerwic większość bodaj nosi na sobie cechy podrażnienia autonomicznego. Zajmować się niemi szczegółowo znaczyłoby to powtarzać opisy, które znaleść można w każdym podręcznikn. A to zbyteczne chyba, zwłaszcza, że już i w polskiem piśmiennictwie mamy i w »Nauce o chorobach wewnętrznych« i w osobnej książce »O chorobach żołądka« Jaworskiego bardzo dobry pogląd na te sprawy. Jeśli pomimo tego podaję opisy dwóch przypadków, to czynię to dlatego, aby skreślić obraz zboczeń, jakie mam sposobność widywać w Sarajewie we wielkiej obfitości, głównie jednak z tego powodu, aby przedstawić także przy pomocy rycin typy młodych wagotoników i uzupełnić to, co na wstępie powiedziałem o ich cechach zewnętrznych.

(Ciąg dalszy nastąpi).

10) W. Jaworski. Nauka o chorobach wewnętrznych T. III. str. 302.

Piśmiennictwo bieżące.

Laryngologia i otyatrya.

Bryant: **Etyologia otosklerozy.** (Monatschrift f. Ohrenhk. 1913 S. 436). Bryant nie uważa otosklerozy za jednolitą, samoistną chorobę, ale za miejscowy objaw ogólnych zmian. Zmiany w kości przy otosklerozie są identyczne z innemi zmianami w kości nie ropnemi, które przedstawiają nie zanikowy, ale dystroficzny stan kości. Rozmiękłe części kości przy otosklerozie uważa Bryant nie za odwapnione, ale za nowo wytworzone, jeszcze nie zwapniałe. Przyczyny tych zaburzeń w kości są przyrody toksycznej i troficznej; wywołują je zmiany w czynności układu nerwowego tak autonomicznego, jak i współczulnego. Zmniejszenie odporności układu nerwowego, przenośne dziedzicznie, tłómaczy też skłonność do dziedziczenia otosklerozy. Ze względu na to, iż główna cecha otosklerozy polega na przewlekłej dystrofii kości, ze szczególnem usadowieniem we wszystkich częściach kości skalistej, nadaje Bryant otosklerozie nową nazwę: »osteodystrophia petrosa«. A. B.

Muck: **Możliwa pośrednia przyczyna nagłej śmierci w kąpieli.** (Med. Klinik. 1913 Nr 51). Otwarta jama bębenkowa naraża kąpiącego się nietylko na możliwość nawrotu ropienia ucha środkowego. Wtargnięcie zimnej wody do jamy bębenkowej może wywołać w jednej chwili zawrót i zaburzenie równowagi przez zadrażnienie błędnika, a tem samem stać się przyczyną utonięcia. W przypadkach więc śmierci z utonięcia, o ile chodzi o świeże zwłoki, powinno się przy autopsyi obejrzeć także błony bębenkowe, gdyż takie gwałtowne zadziałanie zimnej wody na błędnik może być pośrednio przyczyną śmierci z utonięcia. A. B.

Hofer. **Zachowanie się galwanicznego drżenia oczu w przypadkach przewlekłego ropienia ucha środkowego z przetoką błędnika.** (Zeitschr. f. Ohr. 1913). »Galwanicznym objawem przetokowym« nazwał Brunings objaw, polegający na tem, że w przypadkach z przetoką błędnika można stwierdzić po stronie zajętej znaczne zwiększenie pobudliwości dla prądu galwanicznego, stojące nieraz w sprzeczności z wynikami prób kalorycznych i utrzymujące się jeszcze nawet wtedy, kiedy po operacyi doszczętnej zwykły objaw przetokowy z powodu pooperacyjnych zrostów nie daje się więcej wywołać. Dla kontroli tych spostrzeżeń zbadał H. 22 chorych na przewlekłe ropienie ucha środkowego z objawem przetokowym, galwanicznie i na krześle obrotowem i znalazł u 20 z nich rzeczywiście kalorycznie większą pobudliwość galwaniczną po stronie chorej i nieraz nawet jeszcze po zniknięciu uciskowego drżenia oczu. Dla wytłomaczenia tej nadmiernej pobudliwości elektrycznej przyjmuje H. zgodnie z Brüningsem lepsze stosunki przewodzenia dla prądu galwanicznego po stronie przetoki. Równocześnie stwierdził H. w swoich badaniach w przypadkach przewlekłego ropienia ucha środkowego z przetoką błędnika stopniowo występujący brak odczynu błędnika, wspominany już przez Aleksandra, a wywołany przez przyłączającą się nieropną sprawę zwyradniającą w uchu wewnętrznem. Dalsze istnienie pobudliwości galwanicznej po zupełnem wyłuszczeniu błędnika przemawia, zdaniem H. za tem, że drżenie oczu galwaniczne wywołane jest przez sam n. przedsionkowy, a nie przez jego narząd końcowy.

Spira.

Blegrad: **Znieczulenie miejscowe błony bębenkowej.** (XVII międzynar. Zjazd lek. w Londynie 1913). Punktem wyjścia autora była myśl, że dla zadziałania na nerwy czuciowe błony bębenkowej konieczne jest zniszczenie zrogowaciałej warstwy jej naskórka, która w prawidłowych warunkach jest nieprzenikliwą dla płynów. Ze względu na to, że dotychczas w tym celu używane środki, jak olejek anilinowy i kwas karbolowy, mają szkodliwe następstwa, zastępuje je B. kwasem salicylowym, który nie jest szkodliwy, a silnie rozpuszcza substancyę rogową i przez to ułatwia wnikanie kokainy do błony bębenkowej. B. podaje następujący przepis: Po jednej części kokainy i kwasu salicylowego, 2 części alkoholu, do tego dodaje się tuż przed użyciem 1% adrenaliny. Maleńki zwitek waty, zamoczony w tym płynie, przykłada się na to miejsce błony bębenkowej, które ma być przecięte, wlewa się 10 kropel tego płynu do ucha i zatyka ucho watą. Po 20 minutach błona bębenkowa jest znieczulona. Tego samego środka można używać do bezbolesnego usunięcia polipów z ucha i przy nacięciu ropni w przewodzie ucha zewnętrznym.

Spira.

Jenkins. **Otosclerosis.** (XVII międzynarodowy Zjazd lek. w Londynie. 1913). Otoskleroza i głuchota zależna od zmian ucha środkowego są to dwie choroby, między któremi istnieją obok wielu podobieństw znaczne i ważne różnice. Próba Rinnego wypada w otosklerozie ujemnie już przy mniejszym stopniu głuchoty, niż w chorobie ucha środkowego. W otosklerozie chory przy próbie Rinnego określa wynik bez wahania i stanowczo. W chorobie ucha środkowego chory podaje ujemny wynik tej próby z widocznem wahaniem się i z pewną wątpliwością. Przy próbie Webera w przypadkach jednostronnej otosklerozy chory odpowiada stanowczo i bez wahania, w chorobie ucha środkowego odpowiedź jego jest niepewną i wątpliwą. Różnice te wskazują na to, że przy otosklerozie obok przeszkody w przewodnictwie ucha środkowego istnieje wzmożone przewodnictwo kostne. Gdyby w otosklerozie istniała tylko przeszkoda na zwykłej drodze przewodnictwa przez przewód ucha zewnętrzny, to próby Rinnego i Webera musiałyby dać przy równym stopniu głuchoty w obu chorobach zupełnie równe wyniki. Tu musi istnieć jeszcze jakiś czynnik dodatkowy. Polega on prawdopodobnie na powiększonem w otosklerozie przewodnictwie kostnem i to wskutek wzmożonej gęstości płynu błędnikowego. Paracusis stanowi drugą ważną różnicę kliniczną między obiema chorobami. Wśród hałasu słyszy chory głos podniesiony w otosklerozie prawie prawidłowo, a czasem nawet lepiej, niż człowiek zdrowy. Tego nie można tłómaczyć zrostem strzemiączka. Natomiast może nam tłómaczyć wszystkie te kliniczne objawy otosklerozy zwiększona gęstość płynu błędnikowego.

Spira.

Pässler: **Doszczętne wycięcie migdałków, czy leczenie zachowawcze przewlekłego zapalenia migdałków?** (Therapeutische Monatshefte, 1913). 1) Przewlekłe zapalenie migdałków wyjątkowo tylko bywa niewinną chorobą miejscową, w większej części przypadków wiedzie ono po krótszym lub dłuższym czasie do znacznych szkód dla ogólnego stanu zdrowia. 2) Usunięcie przewlekłego zapalenia migdałków jest w przeważnej części przypadków pierwszym warunkiem dla trwałego wyleczenia zależnych od niego następowych stanów chorobowych. Gdzie mimo to wyleczenie nie następuje, należy szukać przewlekłego zakażenia w jamach pobocznych nosa i gardła, w zębach itp. 3) Jedynym pewnym sposobem wyleczenia przewlekłego zapalenia migdałków jest doszczętne wycięcie migdałków. 4) Ani ze względów teoretycznych ani praktycznych niema przeciwwskazań do tego zabiegu. Operacya ta nie jest połączona z niebezpieczeństwem, a nieprzyjemnych skutków następowych dotychczas nie zauważono. Spira.

Dermatologia i syfilidologia.

Prof. Spiethoff: **Zmniejszanie wrażliwości skóry zapomocą wstrzykiwania surowicy i krwi tegosamego osobnika oraz nukleinianu sodowego.** (Dermatol. Wochenschr. 1913 Nr 42). Na zasadzie spostrzeżeń klinicznych zaleca S. stosowanie wstrzykiwań surowicy i krwi samego chorego celem stępienia wrażliwości skóry, jeżeli w toku leczenia okazuje się ona bardzo wielką wobec środków chemicznych. Szczególniej nadaje się to postępowanie w przypadkach wyprysku. W bardzo opornych przypadkach stosuje S. śródmięśniowe wstrzykiwania nukleinianu sodowego (wyrobu firmy Boehringer E. S.). Środek ten działał dobrze między innymi w jednym przypadku wyprysku i 2 przypadkach tocznia, w których skóra była nader wrażliwa na zewnętrzne stosowanie chininy (sposób leczenia chininą-jothionem, stosowany przez siebie, ogłosi S. dokładnie później). Nukleinian sodowy wstrzykuje S. w 10% rozczynie, 5—10 razy po 0·5. Bh.

Stern: **O usuwaniu tatuowania.** (Münch med. Woch. 1913 Nr 49). Usuwanie tatuowania nie jest rzeczą łatwą. Podano do tego kilka sposobów. I tak smaruje się miejsce tatuowane zgęszczonym rozczynem garbnika i nakłuwa igłą, a na drugi dzień lapisuje się te miejsca. Tworzy się potem strup, po którego odpadnięciu pozostaje bezbarwna blizna. Używają też do tego celu kwasu pyrogallusowego, zamrażania i elektryczności, a nawet promieni Röntgena, lampy Finsena i kwarcowej. Sposoby te jednak zwykle pozostawiają po sobie bliznę lub są niepewne. Dlatego też autor, starając się wynaleźć sposób, któryby nie pozostawiał blizn, próbował zabarwienie usunąć przez to, że nadmiar innego barwika pokrywa dawny. Autor używał do tego celu mieszaniny, złożonej z równych części: »Rp. Lactis, alkohol (96%), zinc. oxyd., cretae alb. aa«. Po odkażeniu skóry S. macza szczoteczki metalowe w rozczynie i wbija je w miejsce tatuowane. O ile barwik nie leży zbyt głęboko, to już po jednym zabiegu wynik bywa dobry, w przeciwnym razie powtarza się zabieg po tygodniu. Nowe zabarwienie skóry pokrywa dawne wcale dobrze. K.

Giorgis: **Badania odczynu Hermanna-Perutza.** (La Riforma medica 1913 Nr 23, 24). Sposoby, zmierzające do wykazania jadu kiłowego drogą precypitacyi, są technicznie bez porównania prostsze od sposobów, polegających na odchyleniu dopełniacza. Z początku spodziewano się wykryć swoiste precypityny kiłowe przez dodawanie do surowicy kiłowej substancyi, w których przypuszczano obecność swoistego antygenu. Na tej zasadzie opierają się dwa odczyny, mające dziś znaczenie tylko teoretyczne, mianowicie odczyn »pierścieniowy« Forneta (reazione ad anello), w którym precypitogenem jest surowica osób ze świeżą kiłą, i odczyn Jakobsthala, posługujący się jako precypitogenem wyciągiem alkoholowym narządów kiłowych. Druga grupa sposobów precypitacyjnych nie zasadza się na procesie uodporniania, ponieważ nie posługuje się substancyami, pochodzącemi z narządów kiłowych. Najprostszą z tych metod jest metoda Klausnera, w której strąt jest wytworzony przez fibrynoglobulinę, niema ona jednak większego znaczenia, podobnie jak i odczyn kuorynowy (reazione della cuorina) Termuchiego i Tayoda. Wreszcie w odczynie Porgesa i Mayera, na którym oparli się Hermann i Perutz, posługiwano się z początku lecytyną, później zaś 1% rozczynem glikocholanu sodowego; słabą stroną tego odczynu był czasem bardzo trudno dostrzegalny strąt. H. i P. postanowili tedy zapobiedz temu przez użycie substancyi, któraby przyczyniła się do zwiększenia strątu i wybrali w tym celu cholestearynę. Do wyboru tego skłoniła autorów naprzód ta okoliczność, że cholestearynę zalecano już jako antygen przy odczynie Wassermanna, a nadto rola, jaką ona odgrywa przy tworzeniu się kamieni żółciowych. W badaniach swych, dotyczących 102 przypadków kiły, otrzymali H. i P. swoim sposobem 4% odczynów dodatnich więcej, niż przy odczynie Wassermanna, który równocześnie robili, na 89 przypadków kontrolnych, tylko raz uzyskali wynik dodatni. Jednakże, gdy niektórzy przyznają temu odczynowi swoistość taką, jak odczynowi Wassermanna, to inni uważają go za niższy od tego odczynu, zwłaszcza gdy chodzi o kiłę trzeciorzędną. G. trzymał się w swych badaniach dokładnie następującego przepisu autorów: Należy mieć pod ręką rozczyn macierzysty 0·4 g. cholestearyny i 2 g. glikocholanu sodowego w 100 g. alkoholu; 1 cm^3 tego rozczynu dodaje się do 19 cm^3 wody przekroplonej. W chwili zetknięcia się z wodą tworzy cholestearyna białawy kłaczkowaty strąt, który znika przy wstrząsaniu, przechodząc w delikatną zawiesinę. Do każdego badania należy mieć nadto 2% wodny rozczyn glikocholanu sodowego. Surowicę należy pobierać, gdy chorzy są na czczo, następnie należy ją odwirować, aby była zupełnie przezroczysta i nie zawierała ani śladu nawet krwinek czerwonych. 0·4 cm^3 surowicy wlewamy do probówki dokładnie suchej i inaktywujemy przez 1/2 godziny przy 55° C., poczem dodajemy 0·2 cm^3 rozczynu macierzystego po rozcieńczeniu już wodą 1:20, a wreszcie 0·2 cm^3 wodnego rozczynu glikocholanu sodowego 2%. Po silnem wstrząśnieniu zatyka się probówkę i zostawia w ciepłocie pokojowej, unikając wszelkich wstrząśnień. Wynik odczytuje się po 20—24 godzinach i tylko wtedy uważa się go za dodatni, gdy się wytworzą wyraźne kłaczki lub strąt. G. badał ten odczyn u 143 osób, z których 96 było zakażonych kiłą; u większości wykonał również próbę Wassermanna. Z porównania ilości dodatnich wyników, uzyskanych przez obie te metody, wypływa, że odczyn H. P. daje mniej więcej taką samą ilość dodatnich wyników, co i próba W. w pierwszym okresie kiły, daleko zaś mniejszą w okresie kiły drugorzędnej i trzeciorzędnej. Wśród 47 badań kontrolnych tylko raz był wynik dodatni (epididymitis gonorrhoica). Najsilniejszy odczyn występował naogół u osób ze świeżemi zmianami. Zachowanie się odczynu w stosunku do swoistego leczenia kiły było rozmaite, to znaczy, że niekiedy zmniejszał się on, lub nawet znikał w miarę leczenia, niekiedy natomiast utrzymywał się mimo długiego leczenia i mimo zniknięcia objawów kiłowych. Hermann, chcąc jeszcze więcej udoskonalić metodę H. i P., wprowadził pewne zmiany: mianowicie 1 cm^3 rozczynu macierzystego takiego, jak go podali H. i P., rozcieńcza 24 cm^3 wodnego rozczynu 9‰ NaCl, z czego dodaje 0·3 cm^3 do badanej surowicy. Nadto sporządza rozczyn glikocholanu sodowego 1·2 g. i 100 g. wody przekroplonej i z tego rozczynu bierze do każdorazowej próby 0·1 cm^3. Zresztą odczyn wykonywa się taksamo. Zaleta tej modyfikacyi ma polegać na możności uwydatnienia stopnia dodatniego wyniku na podstawie zużytej ilości surowicy, wystarczającej do wywołania strątu. Według G. z wszystkich tych substancyi, wchodzących w grę przy tej próbie, rola czynna przypada w udziale tylko glikocholanowi sodowemu. Z dalszego szeregu doświadczeń G., przy których używał rozmaitych rozcieńczeń gli-

kocholanu sodowego, rozmaitej ilości surowicy, a tej samej ilości zawiesiny cholestearyny, okazało się, że wynik jest proporcyonalny w prostym stosunku do ilości użytego glikocholanu sodowego, a w odwrotnym do ilości zużytej surowicy. Wynikałoby z tego, że odczyn H. i P. polega na łatwiejszej strącalności surowic kiłowych wobec glikocholanu sodu. Nadto pokazało się jeszcze, że ta surowica, która już dała wynik dodatni w odczynie H. i P., ma również jeszcze własność odchylenia dopełniacza, daje bowiem dodatnią próbę W. Widać z tego wszystkiego, że odczyn H. i P. jest swoisty, jakkolwiek nie tak czuły, jak odczyn W.; wielkie zaś jego znaczenie kliniczne polega na nadzwyczaj prostej technice. W przypadkach, gdy wynik jest wyraźnie dodatni, można na jego podstawie przyjąć obecność kiły, w razie zaś ujemnego wyniku należy uciec się do próby Wassermanna. Dr T. Tempka.

Zapiski lecznicze, nowe leki, sposoby i narzędzia.

Na niebezpieczeństwo łączenia morfiny z ogólnem uśpieniem oraz ze środkami nasennymi zwraca uwagę Straub (Münch. med. Woch. 1913, s. 1823). Oddychanie zwalnia się bardzo znacznie, jeśli n. p. zwierzęciu zamorfinizowanemu poda się uretan lub inny środek narkotyczny. Oprócz tego zmniejsza się też coraz bardziej bicie serca wśród objawów podrażnienia n. błędnego. Ośrodek oddechowy staje się tu bowiem w następstwie uśpienia nieczuły na kwas węglowy, który w warunkach zwykłych jest dlań naturalnym bodźcem. W ciężkich przypadkach u ludzi leczenie jest bardzo trudne, w lżejszych może pomagać atropina. S. radzi stosować w kombinacyi z morfiną raczej eter, niż chloroform. N.

Pantopon zachwala Stadion (Ther. d. Geg. 1913, s. 335) z powodu równomiernego działania i poleca go głównie w dusznicy oraz przy uporczywych wymiotach u chorych żołądkowych; w obu tych stanach stosuje S. pantopon podskórnie. N.

Parakodyna według Dahla (Deut. med. Woch. 1913, s. 1304), podawana w mniejszych dawkach, niż kodeina, działa silniej od niej, przyczem bardzo wyraźnie występuje działanie uspokajające. Czasem można parakodynę zastąpić morfiną. Działania ubocznego nie spostrzegał D. częściej, niż po innych przetworach kodeinowych. Dawki wynoszą 0.025—0.03. N.

Chineonal w leczeniu krztuśca poleca Pauli (Deut. med. Woch. 1913, p. 1880); natężenie i czas trwania napadów zmniejszały się, wymioty ustawały zupełnie, przyczem chineonal sprowadzał sen; w żadnym przypadku nie zachodziła potrzeba stosowania innych środków nasennych. Dawka wahała się między 0.05—0.2 gr. 2—3 razy dnia. N.

Działanie kokainy na serce badał Prus (Zeits. f. exp. Path. u. Ther. Bd. XIV. p. 61) Małe dawki kokainy (0.01—0.1 mg.), wstrzyknięte do tętnic wieńcowych wyosobnionego serca królika, zmniejszają wrażliwość zakończeń nerwowych nerwów czuciowych, co wywołuje zmniejszenie się energii skurczów. Dawki średnie (0.1—1 mg.) porażają zakończenia nerwów czuciowych i sprawiają ustanie czynności serca. Duże dawki porażają zakończenia nerwów dośrodkowych serca, mianowicie cały czuciowy i cały ruchowy neuron. Bardzo duże dawki (10—100 mgr.) porażają nietylko wszystkie neurony łuku odruchowego, lecz także i mięsień sercowy; w tym stanie nie oddziałuje serce wcale już na prąd elektryczny. N.

Glykobrom, nowy organiczny przetwór bromu, glicerydkwasu bromo-cynamonowego, jest białym proszkiem bez smaku i zawiera 50% bromu. N.

Jodostaryna zaczyna zyskiwać coraz większe wzięcie w lecznictwie. Kafemann (Med. Klin. 1913, s. 1413) poleca stosowanie jej w otyatryi i laryngologii, przypominając częste a mało znane wskazania stosowania jodu w tym dziale medycyny. Stümpke (Münch. med. Woch. 1913, p. 1489) i Bäumer (Deut. med. Woch. 1913, p. 1361) zachwalają jodostarynę w drugorzędnej i trzeciorzędnej kile, jakoteż w wiądzie rdzenia i napadach udarowych. Dawka dzienna 6 tabletek. Zaletą tego środka ma być brak skutków ubocznych, szybkie działanie i nizka cena. N.

40% maści chininowej używa Szereszewsky (Deut. m. Woch. 1813, s. 1310) jako środka zapobiegawczego przeciwkiłowego. Doświadczenia wykonane na zwierzętach (małpach) dowiodły, iż zmiany pierwotne kiłowe dały się przeszczepiać tylko na tych miejscach, które nie stykały się z maścią. Prócz tego próbował autor maści chininowej i u ludzi w leczeniu zmian kiłowych na brodawkach sutkowych u mamek z dość pomyślnym wynikiem. N.

Aurum kalium cyanatum stosował Grünberg (Deut. med. Woch. 1913, s. 1727) w 4 przypadkach kiły śródżylnie w dawkach od 0.01—0.05 i donosi o pomyślnych wynikach. Ruete (Münch. med. Woch. 1913, p. 1711) zaś stosował ten środek w gruźlicy skóry, lecz bez zadowalniającego wyniku, z wyjątkiem jednego przypadku rozsianego tocznia rumieniowatego (lupus erythematodes), gdzie środek ten dał bardzo dobry wynik. N.

Toxynon, nowy przetwór rtęciowy, badał Guttmann (Berl. kl Woch. 1913, s. 1561). Jestto sól sodowa kwasu octo-amino-rtęciowo-będźwinowego i zawiera około 48% rtęci. Przetwór ten jest trudno rozpuszczalny w wodzie, łatwo zaś w soli kuchennej; jest on mniej trujący, niż salicylan rtęciowy. Dawka do wstrzykiwań śródżylnych wynosi 0.1—0.2 i stosuje się ją u ludzi co drugi dzień. Przetwór ten, jak się zdaje, nadaje się do wstępnego leczenia przed salwarsanem; działanie jego na jad kiłowy ma być silne. N.

Próby leczenia chemoterapeutycznego w zapaleniu płuc osiągają już wyniki. Vetlesen (Berl. kl. Woch. 1913, s. 1473) stosował w szeregu przypadków zapaleń płuc etylhydrokupreinę, którą podawał 3 razy dnia po 0·5 gr., jako proszek wewnętrznie; pod wpływem tego leczenia zapalenie płuc niezwykle szybko dochodziło do przełomu. Leczenie chemoterapeutyczne należy jednak zacząć jak najwcześniej, by módz ocenić jego działanie. Działania ubocznego nie spostrzegano. N.

Sprawy Towarzystw naukowych

Towarzystwo lekarskie radomskie.

100. Ogólne Zebranie d. 20. XII 1913 r.

Obecnych członków 17, gości 2.

1) Przewodniczącym zebrania wybrany został kol. Henryk Fidler, który wita kol. Stefana Kamińskiego (Białobrzeg) jako nowego członka Towarzystwa, oraz gości: kol. A. Mulierównę i kol. Kuczyńskiego z Radomia.

2) Kol. sekretarz odczytuje protokóły zebrań ogólnych 97-go i 98-go, które przyjęto.

3) Kol. przewodniczący zawiadamia zebranych o ustąpieniu na zasadzie § 12. ustawy Towarzystwa członków Zarządu: prezesa kol. H. Fidlera, wiceprezesa kol. Kosickiego, bibliotekarza kol. Kondratowicza i członka komisyi rewizyjnej kol. Bijejki, oraz o mających się odbyć wyborach na miejsce, ustępujących na 101. zebraniu, w styczniu p. r. Również kol. przewodniczący zawiadamia o ukończeniu kadencyi członków i zastępców sądu koleżeńskiego,

mianowicie kolegów: Kondratowicza, Finkelszteina, Szczepaniaka, Idzikowskiego i Kasprzykowskiego, oraz o mających się odbyć wyborach, również na 101. zebraniu ogólnem w miesiącu styczniu 1914 r., co przyjęto do wiadomości.

W dalszym ciągu przemówienia kol. przewodniczący zaznaczył, że w dniu dzisiejszym zebraliśmy się po raz setny, oraz, że Towarzystwo nasze istnieje jedenaście lat. Celem założenia Towarzystwa było zjednoczenie wszystkich kolegów ziemi radomskiej pod wspólnym sztandarem. To zaznaczył w r. 1902 w mowie inauguracyjnej jeden z założycieli i pierwszy prezes, szanowny kolega Julian Majkowski, obecny nasz członek honorowy, zamieszkały w Warszawie. Przez przeciąg tych lat Towarzystwo nasze starało się odpowiedzieć swemu zadaniu: służenia nauce, społeczeństwu i rozwijania koleżeństwa... Śledzenie postępów wiedzy lekarskiej, udział we wszystkich sprawach sanit.-szpitalnych m. Radomia i ziemi radomskiej, ułożenie i uchwalenie ustawy-organizacyi zawodowej lekarzy ziemi radomskiej oraz regulaminu sądu koleżeńskiego, oraz utworzenie przy naszem Towarzystwie choć w skromnych rozmiarach kasy wdów i sierót, pozostałych po lekarzach ziemi Radomskiej — to było zadanie nasze...

Pewien zastój w działalności Towarzystwa dał się zauważyć podczas niespokojnych czasów w latach 1904—1905—1906; tem się tłomaczy liczba posiedzeń ogólnych, gdyż powinno ich być nie 100, ale 110. Drugiem ujemnem zjawiskiem jest małe uczestnictwo kolegów zamiejscowych. Na 41 członków rzeczywistych tylko 13 kolegów należy z prowincyi do naszego Towarzystwa, a i ci, co należą, bardzo rzadko bywają na zebraniach, zalegając po kilka lat z płaceniem wkładek obowiązkowych, i tem się tłómaczą pewne trudności finansowe, które zmusiły Zarząd do podniesienia wkładki członkowskiej z 12 na 16 rubli rocznie. Zakończył kol. przewodniczący życzeniem, by Towarzystwo ze zdwojoną energią pracowało nadal, by z pożytkiem dla nauki, dla swego społeczeństwa i dla stowarzyszonych niosło wysoko sztandar wiedzy, postępu i koleżeństwa.

4) Kol. przewodniczący otwiera dyskusyę nad koniecznością ze względów oszczędnościowych zawieszenia prenumeraty niektórych mniej poczytnych pism lekarskich. Po dłuższej dyskusyi uchwalono zaprzestać prenumeraty następujących pism: 1. Révue de medecine, 2. La semaine médicale, 3. Farmacya, 4. Przegląd terapeutyczny i 5. Przegląd chorób skórnych i wenerycznych.

5) Kol. przewodniczący odczytuje w ostatniej redakcyi projekt regulaminu sądu koleżeńskiego, który uchwalono, a który brzmi:

Regulamin sądu koleżeńskiego przy Towarzystwie lekarskiem radomskiem:

§ 1. Sąd koleżeński Towarzystwa lek. rad. składa się z 3 członków i 2 zastępców, wybranych przez ogólne zgromadzenie na jeden rok.

§ 2. Członkowie sądu wybierają z pośród siebie przewodniczącego.

§ 3. Posiedzenia sądu odbywają się w miarę potrzeby i są wyznaczane przez przewodniczącego.

§ 4. Sąd wszczyna dochodzenie w sprawach, przewidzianych przez ustawę Organizacyi zawodowej lekarzy ziemi radomskiej, bądź z własnej inicyatywy, bądź wskutek jakiejkolwiek skargi.

§ 5. Sąd powinien wszcząć dochodzenie sądowe nie później, jak w trzy dni po otrzymaniu wiadomości o czynie, podlegającym jego kompetencyi.

§ 6. Dla każdej sprawy sąd wybiera z pośród swych członków (lub ich zastępców) referenta, o czem strony winny być powiadomione.

Uwaga. W sprawach, dotyczących kolegów aptekarzy, z kolegami sądzącymi winien zasiadać aptekarz w miejsce wybranego jednego z członków sądu.

§ 7. Referent powinien zebrać cały materyał dowodowy przez protokólarne badanie oskarżonego, poszkodowanego, świadków i t. p. w terminie dwutygodniowym i złożyć go przewodniczącemu.

§ 8. Referent ma prawo wezwać oskarżonego i po przedstawieniu mu sprawy zażądać wyjaśnienia na piśmie.

§ 9. Referent sprawdza wiarygodność wyjaśnień oskarżonego i wynik tego protokólarnie wciąga do aktów sprawy.

§ 10. Po otrzymaniu materyału dowodowego, przewodniczący wyznacza posiedzenie sądu w terminie tygodniowym dla rozpoznania sprawy ex merito, na którym sąd wyznacza termin sądzenia sprawy.

§ 11. O terminie sądzenia sprawy oskarżony powinien być powiadomiony przynajmniej na 7 dni przedtem.

§ 12. Oskarżonemu przysługuje prawo obrony osobiście lub przez osobę upoważnioną do tego z grona członków Organizacyi zawodowej ziemi radomskiej.

Uwaga. Oskarżony ma prawo wykluczyć jednego członka z kolegium sądzącego, na którego miejsce wchodzi zastępca według losowania, zarządzonego przez przewodniczącego.

§ 13. Wyrok wydaje sąd po wysłuchaniu referenta, zeznań świadków i poszkodowanego, obrońcy ze strony oskarżonego, natychmiast po sprawie lub najpóźniej po upływie trzech dni.

§ 14. Sąd ma prawo sprawę odroczyć w wypadkach, wymagających dodatkowego sprawdzenia materyału dowodowego.

§ 15. Wyrok sądu zapada większością głosów sędziowskich.

§ 16. Gdyby wskutek różnicy zdań sąd nie miał wydać wyroku, tedy sprawa przechodzi pod rozpatrzenie ogólnego zebrania Towarzystwa lekarskiego radomskiego na ostateczną decyzyę.

§ 17. Wyrok sądu powinien być wyłożony na piśmie, podpisany przez sędziów, ogłoszony stronom, a następnie po doręczeniu, przesłany wraz z aktami do archiwum Tow. lek. radomskiego na ręce przewodniczącego Zarządu.

§ 18. Wykonanie wyroku spoczywa w rękach przewodniczącego sądu.

§ 19. Sąd winien zmierzać do pogodzenia zwaśnionych.

§ 20. Stopień kary wymierzony przez sąd może być następujący:

1. napomnienie, odczytane na posiedzeniu sądu;

2. to samo z nałożeniem kary pieniężnej; przeznaczenie kary określa ogólne zgromadzenie Tow. lek. rad.;

3. napomnienie na ogólnem zgromadzeniu członków Tow. lek. rad., wypowiedziane przez przewodniczącego sądu;

4. nagana na ogólnem zebraniu członków Towarzystwa lek. rad.;

5. nagana przez ogłoszenie na ogólnem zebraniu Towarzystwa lek. rad. z ogłoszeniem w sprawozdaniu rocznem;

6. wykreślenie z listy członków Towarzystwa lek. rad. zgodnie z §§ 32. i 33. ustawy Tow. lek. rad.

6) Kol. Raszkes opisał historyę choroby operowanej przez siebie przed dwoma tygodniami chorej F. Sz. Chora ta skarżyła się na napady bólu w prawym dole biodrowym; bole odpowiadały napadom przy zapaleniu wyrostka robaczkowego. W wywiadach peryody prawidłowe, przed dwoma laty pierwszy poród, ostatni poród przed czterema tygodniami. Przy badaniu dwuręcznem wyczuwano w prawem sklepieniu nieduży guz, nieruchomy, bolesny, który, jak się zdawało, nie znajdował się w związku z narządami płciowymi. Macica nie powiększona. Ponieważ ciepłota nie przekraczała 37·2°, rozpoznano **ciążę zewnątrzmaciczną**, co się też w zupełności sprawdziło podczas operacyi. Przebieg pooperacyjny zupełnie prawidłowy, po dziesięciu dniach operowana była zupełnie zdrowa. Kol. R. wskazał na trudności przy rozpoznaniu różniczkowem ciąży zewnątrzmacicznej prawostronnej i zapalenia wyrostka robaczkowego, gdyż objawy tych cierpień mogą być zupełnie podobne do siebie, oraz na brak podniesienia ciepłoty przy ciąży zewnątrzmacicznej.

7) Kol. Raszkes wygłosił wykład: **Leczenie wynicowania macicy** (inversio uteri inveterata). Kol. R. opisał przedewszystkiem przyczyny powstawania wynicowania macicy, a następnie przeszedł do opisania wszystkich sposobów leczenia przypadków świeżych i zastarzałych tej choroby. W przypadkach, gdzie zwykłe odprowadzenie zastarzałego wynicowania macicy zapomocą palców, tampono-

wania pochwy, założenia do pochwy kolpeuryntera i t. d. nie doprowadza do skutku, najwięcej znajduje zwolenników według referenta sposób operacyjny Küstnera. Operacya ta polega na przecięciu tylnej ściany macicy, poczem macica daje się łatwo (»spielend leicht«, jak się wyraża Küstner) odprowadzić. Cięcie zaś tylnej ściany macicy zeszywa się przez zrobione uprzednio cięcie w tylnem sklepieniu pochwy. Otóż kol. R. opisuje swój przypadek, gdzie metoda Küstnera jednak nie doprowadziła do wyniku i gdzie zmuszony był dokonać amputacyi trzonu macicy.

Chora S. P., mająca lat 21, urodziła po raz pierwszy przed rokiem. Akuszerka pociągała za pępowinę, poczem dopiero odeszło łożysko. Od czasu porodu chora krwawi bezustannie w większym lub mniejszym stopniu. Obecnie jest bardzo niedokrwista. W pochwie znajduje się powiększona i wynicowana macica o krwawiącej, miejscami zmartwiałej powierzchni. Część pochwowa ledwie się odznacza w postaci rąbka szerokości $^1/_4$—$^1/_2$ ctm. Kilkakrotne próby odprowadzenia macicy sposobami zachowawczymi nie doprowadziły do skutku. Przystąpiono do operacyi według Küstnera. Zrobiono poprzeczne cięcie w tylnem sklepieniu, następnie wprowadzono przez otrzymany otwór wskazujący palec lewej ręki; na palcu tym przecięto wzdłuż tylną ścianę macicy prawie do dna i otóż pomimo kilkakrotnych dość energicznych prób odprowadzenie macicy się nie udało. Wobec tego przedłużył referent cięcie przez dno i przednią ścianę macicy, podwiązał szerokie więzadła macicy i odciął trzon macicy, pozostawiając tylko część pochwową, którą zeszył kilkoma szwami i wprowadzając przez cięcie w tylnem sklepieniu sączek z gazy jodoformowej. Przebieg pooperacyjny był bardzo pomyślny; po dwóch tygodniach otwór w tylnem sklepieniu prawie się zamknął i utworzyła się prawie prawidłowa część pochwowa. Ściana wyciętej macicy była bardzo gruba, twarda i tak mało podatna, że odprowadzenie wyciętej już macicy ledwie się udało.

W dyskusyi nad odczytem kol. Raszkesa wzięli udział koledzy: Idzikowski, Cung, Kellerworm, Fidler, Pełczyński, Mulier i inni. Sekretarz Dr T. Rakowski.

Towarzystwo lekarskie częstochowskie.

Posiedzenie w dniu 16. XI. 1913.

I. Prezes Biegański podaje do wiadomości, że Zarząd Towarzystwa uchwalił wysłać telegram z życzeniami do Dra Sokołowskiego i Rejchmana z powodu czterdziestoletniej działalności w zawodzie lekarskim. Zebrani złożyli życzenia z tych samych względów obecnemu na posiedzeniu kol. Edwardowi Kohnowi.

II. Biegański przedstawił 20-letniego mężczyznę z **wadą wrodzoną serca** (morbus coeruleus). Wśród objawów na pierwszy plan występuje wybitna sinica twarzy, rąk i stóp, która datuje się od urodzenia. Prócz tego zwracają uwagę mocno rozwinięte pałeczkowate zgrubienia ostatnich członków palców, zwłaszcza u rąk. Przy badaniu serca stwierdzić można szmer skurczowy nad koniuszkiem serca, niezbyt wyraźny. Podczas wysiłków fizycznych chory doznaje duszności, poza tem czuje się dobrze. Biegański rozpoznaje połączenie wrodzone komór i podaje szereg uwag rozpoznawczych i różniczkowych.

W dyskusyi Rozenfeld podnosi, że sinica wrodzona jest raczej właściwością wrodzonego zwężenia tętnicy płucnej, jak połączenia komór. W tem ostatniem cierpieniu w wielu razach nie spostrzegano ani szmeru, ani sinicy.

III. Judt (z Warszawy): **Nowe zdobycze rentgenografii w chorobach jamy brzusznej.** Po omówieniu techniki badania referent opisał różnicę w obrazach rentgenograficznych w położeniu poziomem i pionowem żołądka. Najwięcej czasu poświęcił rozpoznawaniu wrzodu żołądka, podając, jako cechy rozpoznawcze, powiększenie objętości żołądka, wzmożone napięcie mięśni, zaleganie miazgi bizmutowej dłużej ponad 4 godziny, wzmożenie ruchów robaczkowych. Przy wrzodzie dwunastnicy — brak rozszerzenia żołądka i zalegania miazgi bizmutowej, wskutek niedomogi odźwiernika. Tylko przy zwężeniu bliznowatem dwunastnicy daje się spostrzegać zaleganie miazgi bizmutowej. W dalszym ciągu opisał referent t. zw. uchyłki Haudecka, właściwe wrzodom żołądka ze zmianami wtórnemi. Następnie omówił znaczenie rentgenografii w rozpoznawaniu nowotworów żołądka oraz nowotworów i zwężeń bliznowatych jelit, kamieni wątrobowych i nerkowych. W końcu mówił o prześwietlaniu wyrostka robaczkowego. (Odczyt był ilustrowany licznymi rentgenogramami).

W dyskusyi zabierali głos Zwoliński i Rozenfeld.

Posiedzenie dnia 21. XII. 1913.

I. Prezes Biegański podaje do wiadomości, że Zarząd Towarzystwa wysłał telegram do Redakcyi »Nowin lekarskich« w Poznaniu z powodu 25-letniego jubileuszu.

II. Wasilewski przedstawił 47-letnią kobietę **z chorobą Addisona.** Pierwsze początki choroby wystąpiły przed 3 laty po przebyciu grypy, powikłanej długotrwałym nieżytem oskrzeli. Kobieta, dotychczas zdrowa i otyła, szybko zaczęła chudnąć, skarżyć się na bardzo silne osłabienie ogólne, a jednocześnie na skórze zaczęły pokazywać się plamy ciemnobrunatne. Do objawów powyższych wkrótce przyłączyły się omdlenia oraz napady żołądkowo-jelitowe w postaci wymiotów i biegunki. Objawy te z większemi lub mniejszemi nasileniami trwają do dnia dzisiejszego. Stan obecny: odżywienie średnie, ciepłota prawidłowa, tętno 96, w narządach wewnętrznych żadnych zmian nie stwierdzono. Białka i cukru w moczu niema. Na skórze twarzy, tułowia i kończyn plamy ciemnobrunatne, najrozmaitszej wielkości i kształtu. Zwraca uwagę lekkie wysadzenie oczu, wole i drżenie kończyn górnych. Chora od dwóch lat stale zażywa suprareninę w pigułkach. Wasilewski podkreśla, że w przypadku powyższym mamy połączenie choroby Addisona i Basedowa i w końcu opisuje zmiany anatomiczne w nadnerczach, spostrzegane najczęściej w chorobie Addisona.

Dyskusya: a) Batawia opisuje przypadek choroby Addisona, w którym zabarwienie skóry było rozlane i jednolite. — b) Biegański mówi, że sposób zabarwienia skóry nie ma rozstrzygającego znaczenia. O rozpoznawaniu choroby Addisona stanowi zespół objawów, do których należą: osłabienie ogólne, szybko występujące znużenie, zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego, napady omdlenia i zapadu, tętno miękkie i szybkie, niskie ciśnienie krwi, wreszcie, jak w danym przypadku, dodatni wpływ suprareniny. — c) Rozenfeld sądzi, że rozpoznawanie choroby Addisona w danym razie nie ulega żadnej wątpliwości. Po krótkich uwagach o znaczeniu fizyologicznem adrenaliny, Rozenfeld opisuje najważniejsze objawy kliniczne niedomogi nadnerczy, zwraca uwagę na połączenie w tym przypadku choroby Addisona i Basedowa i streszcza poglądy szkoły wiedeńskiej na stosunek wzajemny nadnerczy i gruczołu tarczowego.

III. Rozenfeld opisał przypadek **lipomatosis diffusa localisata** u 30-letniej panny. Chora pochodzi z rodziny gruźliczej, ma boczne skrzywienie kręgosłupa wskutek przebytego przed kilku laty cierpienia gruźliczego kręgów. Miesiączkowanie rozpoczęło się w 12. roku życia i do lat 20 odbywało się prawidłowo. W 21. roku życia chora przestała miesiączkować, poczem wystąpił lekki porost włosów na brodzie i wardze górnej. W grudniu 1911 r. w następstwie urazu chora zaczęła skarżyć się na »obrzęk« i ból w okolicy lewego stawu biodrowego. Ucisk z zewnątrz i ruchy kończyny były bardzo bolesne. Stopniowo »obrzęk« stawał się coraz większy i zaczął szerzyć się ku dołowi w kierunku kolana i ku górze poprzez okolicę pośladkową ku grzebieniowi kości biodrowej. »Obrzęk« był bardzo wybitny, nie-

zwykle twardy i wszędzie bolesny, skóra niezaczerwieniona, mocno naprężona, lśniąca. Ruchy stawu biodrowego nieograniczone. Badanie rentgenograficzne nie wykryło żadnych zmian w stawie i kościach. Po 2 miesiącach od początku choroby wystąpił taki sam »obrzęk« w okolicy prawego stawu biodrowego, był również bardzo bolesny i stopniowo zaczął szerzyć się w tym samym kierunku, co pierwszy. Przypuszczano tworzenie się ropni opadowych, nakłucie jednak próbne dało wynik ujemny. W końcu lata 1912 r. »obrzęk« zajął cały brzuch, klatkę piersiową, kończyny górne do łokci, kończyny dolne — prawie do kolan. Kontrast między chudością goleni i przedramion a grubością ud i ramion był wprost nadzwyczajny. Chora spędziła w łóżku 10 miesięcy bez żadnego ruchu Ciepłota przez cały ten czas nie przewyższała 37°. Oprócz bolu chora doświadczała często pieczenia skóry, które potęgowało się pod wpływem zimna. Badanie układu nerwowego nie wykryło zmian żadnych prócz wybitnej dermografii. Stopniowo pod wpływem ooforyny, kąpieli gazowych, gimnastyki biernej (miesienie było bardzo bolesne) nastąpiło wyzdrowienie zupełne, pozostały zaledwie ślady obrzęku dawnego w okolicy stawów biodrowych i lekka bolesność skóry. R. zalicza przypadek powyższy do nerwic odżywczych i określa rozpoznanie mianem »lipomatose diffuse localisée Vitaut«, wielce zbliżonej do choroby Dercuma (adipositas dolorosa) Rzekomy obrzęk skóry był właściwie następstwem rozrostu tkanki tłuszczowej podskórnej, być może zarówno wskutek wpływów nerwowych, jako też zaburzeń w wydzielaniu wewnętrznem.

IV. Rozenfeld przedstawił 16-letnią dziewczynę z objawami **nadmiernej otyłości** i nizkiego wzrostu oraz 19-letniego mężczyznę bardzo otyłego z objawami **moczówki prostej.** W końcu poddał R. szczegółowemu rozbiorowi wszystkie 3 przypadki i wypowiedział kilka uwag ogólnych o związku otyłości z zaburzeniami w wydzielaniu wewnętrznem nadnerczy, gruczołu tarczowego, przysadki mózgowej i jajników.

V. Szaniawski opisał przypadek nagłej śmierci chłopca siedmioletniego **(mors thymica)**. Chłopiec ten wśród najzupełniejszego zdrowia zasłabł nagle po spożyciu wieczerzy. Zaczął rzucać się niespokojnie w łóżku, skarżąc się na duszność i ból w okolicy serca. Sz., wezwany natychmiast, stwierdził lekki obrzęk twarzy, sinicę warg, w dolnych częściach płuc niewyraźne trzeszczenia. Tętno nikłe, 130. Wstrzykiwania kamfory, kofeiny i adrenaliny bez skutku. Po kilkunastu minutach chory stracił przytomność i zmarł po kilku godzinach. Z przyczyn niezależnych badania pośmiertnego nie było można wykonać. Chłopiec ten był badany przez Sz. na 5 dni przed śmiercią z powodu przyjęcia do jednego z zakładów dobroczynnych. Zachowaniem swojem nie budził on najmniejszego podejrzenia co do istnienia jakiejkolwiek choroby. Narządy wewnętrzne — prawidłowe, w moczu brak cukru i białka, tylko twarz bladawa, nalana, oraz gruczoły chłonne nieco powiększone zdawały się przemawiać za usposobieniem limfatycznem.

W dalszym ciągu podaje referent stan obecny poglądów na znaczenie grasicy, jako gruczołu o wydzielaniu wewnętrznem. Po uwagach, dotyczących rozwoju, położenia anatomicznego i budowy grasicy, Sz. streszcza poglądy różnych autorów na t. zw. dychawicę i śmierć grasiczą (asthma thymicum et mors thymica). W jednych przypadkach nagła śmierć może być następstwem ucisku powiększonej grasicy na tchawicę, w innych przyczynę śmierci należy upatrywać w zakłóceniu równowagi czynnościowej gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem (teorya Wiesla o przeciwieństwie grasicy i istoty rdzeniowej nadnerczy). W końcu referent przytacza poglądy Paltaufa na status lymphaticus i st. lymphaticothymicus.

Dyskusya: a) Stawnicki podnosi, że ogólne miano »mors thymica« dla wszystkich przypadków nagłej śmierci dzieci jest niewłaściwe, ponieważ w wielu razach zamiast powiększenia grasicy znajdowano wyłącznie zmiany chorobowe w nadnerczach. Nazwę tę należałoby właściwie zatrzymać dla tych przypadków nagłej śmierci, które powstają wskutek przyczyn mechanicznych. Rozpoznanie stanu grasiczego (st. thymicus) za życia jest bardzo ważne, gdyż operacya zawczasu wykonana mogłaby uratować chorego od możliwej śmierci. — b) Wasilewski zaznacza, że w przypadku Szaniawskiego nie można bezwzględnie wyłączyć mocznicy. Brak białka niema w tym względzie rozstrzygającego znaczenia. — c) Biegański i Rozenfeld sądzą, że wobec krótkiej obserwacyi i braku badania pośmiertnego nie można orzec nic stanowczego o przyczynie śmierci.

VI. Wybory: Na członków rzeczywistych zostali przyjęci Troppauer z Częstochowy, Mittelman i Zwoliński z Radomska.

Karol Rozenfeld.

Medycyna publiczna. Higiena.

Działalność państwowego Zakładu badania żywności w Krakowie w latach 1911 i 1912.

(Wyciąg ze sprawozdania, przedłożonego c. k. Ministerstwu spraw wewnętrznych w Wiedniu).

Opracował

Dr Leonard Bier

starszy inspektor i kierownik zakładu.

Liczba wykonanych w latach 1911 i 1912 analiz i wydanych orzeczeń wynosiła 2460 i 2161, była w r. 1911 najwyższą, jaką Zakład w ciągu swej 15-letniej działalności osiągnął. Jak w latach poprzednich, nadesłały największą ilość przedmiotów do badania starostwa — 1117 i 1182, natomiast sądy zredukowały jeszcze więcej, niż w latach poprzednich, ilość nadsyłanych do zbadania przedmiotów, co tem tłómaczyć należy, że i działalność rewizyjna żandarmów, pobierających »samowolnie« próby środków spożywczych do badania i nadsyłających je następnie sądom dla ukarania winnych, w latach sprawozdawczych zmalała. Rozpoczętą w r. 1907 w większym zakresie własną działalność rewizyjną objawił Zakład w omawianych latach, pobierając podczas 50 względnie 38 dni rewizyjnych w r. 1911 w 22 powiatach, a 32 miastach, w r. 1912 zaś w 12 powiatach a 24 miastach i miasteczkach 846 i 545 przedmiotów do ściślejszego badania. Działalność gmin i władz autonomicznych na polu nadzoru nad żywnością, objawiająca się w potrzebie ściślejszego badania sprzedawanych produktów, była podobnie jak w latach poprzednich znikomo mała, bo uwydatniła się liczbami 62 wzgl. 73 analiz, w których to cyfrach przeszło $^3/_4$ obejmowały wody. Inne urzędy, osoby prywatne, oraz kupcy i przemysłowcy zwracali się do zakładu o badania w 200 wzgl. 175 przypadkach. Również i w omawianych latach zgłosili się, coprawda bardzo nieliczni, kupcy, którzy na podstawie stałej umowy udawali się do zakładu o regularne badania przy sprowadzaniu towaru, co do którego nasuwały się im pewne wątpliwości. Kupcy tacy należą jednak u nas i zda się jeszcze długo będą należeć do wyjątków.

Mimo dosyć znacznej liczby przedmiotów, dostarczanych przez starostwa Zakładowi do ściślejszej oceny, było jednak jeszcze w Galicyi w r. 1911 — 19, w r. 1912 — 23 starostw, z których nie przysłano żadnego przedmiotu spożywczego lub użytkowego do zbadania; takich zaś starostw które nadesłały ich mniej, niż 10 w ciągu roku, było 23 wzgl. 26. Liczby te wykazują wprawdzie pewien postęp wobec stanu w latach poprzednich, niemniej dowodzą, jak mało poświęca się uwagi ściślejszemu nadzorowi nad żywnością w wielu jeszcze powiatach. Przyczynę tego stanu przypisywać wyłącznie państwowym organom kontrolnym, jakimi dotychczas są wyłącznie lekarze powiatowi, byłoby niesłusznie i z krzywdą dla tego zawodu. Przeciążeni zbyt

różnorodnemi agendami urzędowemi, nie mogą poświęcić się nadzorowi ściślejszemu nad żywnością z tem oddaniem, jakiegoby ono niejednokrotnie wymagało. Gdy nadto się zważy, że ściślejszy nadzór nad żywnością jest w kraju, jak wogóle w Austryi, wogóle instytucyą stosunkowo nową, a dotychczasowe przygotowanie do publicznej służby zdrowia ten zakres przyszłej działalności lekarza powiatowego stosunkowo mało uwzględniało, gdy się zważy, że brakło kierownictwa, a choćby planowego oddziaływania na działalność państwowych organów kontrolnych ze strony czynników do tego oddziaływania z tytułu swego stanowiska powołanych, można pewien stopień zaniedbania w omawianej dziedzinie usprawiedliwić. Zdaniem mojem byłoby w celu rozwoju i pogłębienia działalności nadzorczej lekarzy powiatowych pożądane stworzenie osobnych kursów przy państwowych zakładach badawczych, jako instytucyach przez stanowisko do tego celu najodpowiedniejszych. Jak długo zaś nie przyjdą kursa takie do skutku, zamierzam sprawę nadzoru nad żywnością poruszać w odpowiednich wykładach na dorocznych zjazdach lekarzy powiatowych. Jedną z dalszych przyczyn, dla której wśród lekarzy powiatowych zauważyć można pewne zniechęcenie do nadzoru nad żywnością, jest sposób stosowania ustawy o nadzorze nad żywnością przez sądy krajowe, powiatowe i apelacyjne, które, jak wiadomo, powołane są do osądzania przekroczeń wspomnianej ustawy. Na podstawie studyum wyroków, wydawanych przez sądy na zasadzie tej ustawy, przekonać się można, że wiele sądów stosuje ustawę tę nader pobieżnie, że nieznajomość jej wśród sędziów nie należy wcale do rzadkości i że nie zdają oni sobie często sprawy z ogólnej doniosłości ekonomicznej i zdrowotnej wspomnianej ustawy dla szerokich warstw ludności. Nie wchodząc bliżej w krytykę postępowania dowodowego, stwierdzić należy dalej, że dobór znawców przy rozprawach na zasadzie omawianej ustawy, pomijający instytucyę do tego powołaną, nie może niejednokrotnie rzeczowo lepszych dawać wyroków. W przeświadczeniu o nader wielkiem znaczeniu wyroków sądowych dla poprawy jakości sprzedawanej żywności i przedmiotów użytku, oraz o konieczności oddziaływania i w tej mierze Zakładu, brałem w r. 1912, podobnie jak w r. 1910, udział w kursach przygotowawczych dla kandydatów sędziowskich, utworzonych przy krakowskim Sądzie krajowym, z odnośnej materyi, wygłaszając 8-godzinny wykład, uzupełniony odpowiedniemi demonstracyami przedmiotów zafałszowanych, podrobionych i zdrowiu szkodliwych. Stwierdzić należy, że wymiar sprawiedliwości w zakresie ustawy o kupczeniu żywnością w sądach okręgu wyższego Sądu krakowskiego na podstawie przedstawianych Zakładowi w odpisie wyroków w ostatnich latach znacznie lepiej się przedstawia od wyroków wschodnio-galicyjskich; nasuwa się przeto pytanie, czy w tej mierze nie oddziałały dodatnio wspomniane wykłady.

Rodzaj przedmiotów, badanych w latach sprawozdawczych w Zakładzie, oraz stopień ich zakwestyonowania (podany w nawiasie) wskazują liczby następujące:

Woda studzienna i źródlana 150 i 155 (41 i 45); woda rzeczna i ściekowa 22 i 15; woda sodowa 8 i 14 (7 i 8); woda mineralna — i 2; mleko i śmietanka 27 i 44 (10 i 26); ser 17 i 6 (4 i 5); masło 49 i 27 (28 i 23); inne tłuszcze jadalne 24 i 51 (1 i 20); oliwa prawdziwa i oleje jadalne 5 i 3 (0 i 1); mięso i wyroby mięsne 33 i 15 (7 i 7); ryby 1 i 3 (0 i 2); zboże 3 i 12 (0 i 3); mąki 79 i 80 (10 i 18); inne produkta młynarskie 18 i 44 (7 i 4); chleb i inne pieczywo 31 i 37 (8 i 16); owoce i jarzyny świeże i konserwowane 46 i 50 (34 i 23); mak 115 i 94 (56 i 24); przyprawy korzenne 292 i 241 (146 i 112); grzyby 7 i 2 (7 i 2); krachery i syropy 68 i 60 (41 i 24); cukierki, wyroby cukiernicze i miód praśny 167 i 158 (108 i 98); herbata 339 i 270 (59 i 31); kawa 59 i 93 (22 i 23); surogaty kawy 41 i 35 (6 i 3); kakao i czekolada 19 i 12 (3 i 4); wino z jagód i owocowe 98 i 74 (42 i 33); piwo 34 i 39 (31 i 33); wódki i likiery 265 i 220 (157 i 132); miód pitny 29 i 8 (25 i 8); ocet winny, owocowy, spirytusowy i esencya octowa 27 i 23 (21 i 20); drożdże 101 i 39 (26 i 3); naczynia, wagi, główki syfonowe, przyrządy do tłoczenia piwa i t. p. przedmioty użytku 250 i 183 (147 i 149); nafta 7 i 5 (0 i 1); różne inne przedmioty 29 i 46 (8 i 0).

Razem przeto na 2460 i 2162 nadesłanych prób i wydanych orzeczeń, zakwestyonowano w r. 1911 1068, zaś zaś w r. 1912 — 900 przedmiotów, czyli — po odliczeniu prób wody studziennej i rzecznej oraz ściekowej — 41,7% i 39,5%. W liczbie zakwestyonowanych przedmiotów mieści się za rok 1911 — 669, zaś 586 za rok 1912, które zakwestyonowano z powodu zafałszowania, podrobienia, fałszywego oznaczenia, oraz szkodliwości dla zdrowia; resztę zakwestyonowano z powodu zepsucia. W 1007 przypadkach w r. 1911, a w 841 w r. 1912 oddano sprawę sądom do rozpatrzenia, jako przekroczenia względnie występki z ustawy o kupczeniu żywnością, przeciw 667 i 563 sprzedawcom i przemysłowcom.

Z pośród spostrzeżeń, poczynionych przy poszczególnych rodzajach produktów, a zasługujących na szczególniejsze wyróżnienie, wymienić trzeba stosunkowo liczne i znaczne zaprawianie mleka wodą, której zawartość w mleku przekraczała wielokrotnie 15%, dochodząc nieraz do 40%. Śmietanka zawierała zaledwie 4% tłuszczu, zamiast minimum 10%.

Mieszanie masła z obcymi tłuszczami spotykano dosyć często, podobnie jak zaprawianie masła znaczniejszą, bo nieraz 30% przekraczającą zawartością wody. Szczególniejszy sposób fałszowania jadalnych tłuszczów roślinnych pojawił się w kraju w r. 1912 — mieszanie ich z wodą. Domieszka ta wahała się zazwyczaj około 20%, dochodząc czasami do 30%. — Pod nazwą smalcu sprzedawano sztuczne tłuszcze do potraw, zaś pod nazwą prawdziwej oliwy z oliwek inne oleje jadalne. — Szczególniejszą uwagę poświęcał Zakład w latach sprawozdawczych, równie jak w poprzednich, wyrobom kiełbasianym ze względu na praktykowane barwienie treści i tej zaostrzonej kontroli należy przypisać coraz rzadsze pojawianie się tego fałszerstwa. — Podobnie, jak w latach poprzednich, interesował się Zakład szczególnie sprzedawanym w kraju makiem, stwierdzając, że nader często nie odpowiada on, ze względu na zawartość nasion trującego lulku, wymaganiom, zawartym w orzeczeniu Najwyższej Rady zdrowia. W 250 gr maku spotykano niejednokrotnie przeszło 200, w niektórych przeszło 900, 1300, a nawet 2200 ziarn tejże rośliny. Mak trujący pochodził z Rosyi.

Wskutek zawiadomienia, że z Argentyny nadeszło do Austryi wiele kukurydzy zepsutej, zarządziło Ministerstwo spraw wewnętrznych pobór większej ilości prób kukurydzy i produktów młynarskich z kukurydzy wymielonych i zbadanie ich w państwowych zakładach badawczych. Badania te, rozpoczęte pod koniec r. 1912, ilością swą przeważają w r. 1913, stąd też i pogląd na wynik tych badań obejmie następne sprawozdanie zakładu. — Liczba zakwestyonowanych przypraw korzennych, pieprzu, szafranu, cynamonu i t. p. nie zmieniła się i w latach sprawozdawczych procentowo na korzyść, a przyczyna tego ta sama, jak w latach poprzednich: uwalnianie przez sąd sprzedawców tychże towarów, skoro wykażą się fakturą sprowadzania towaru z wiarogodnego źródła i niezwracanie oskarżenia przeciw dostawcom produktu nierzetelnego, bądź też na tej podstawie, że wspomniane produkta zafałszowane nie są szkodliwe dla zdrowia. Wskutek takiego stanowiska sądów w sprawie sprzedaży korzeni zafałszowanych nie może Zakład, mimo silniejszej w tej dziedzinie kontroli, stwierdzić jakiejkolwiek w tej mierze poprawy w handlu. — Napoje orzeźwiające, znane w handlu pod nazwą kracherów, pojawiały się i w latach sprawozdawczych nader często jako słodzone sacharyną, której użyto również do słodzenia poszczególnych syropów cukrowych i owocowych. Produkt, sprzedawany

KNOLL & Co.
LUDWIGSHAFEN a/Rh.

Triferrin

z 16% żelaza i 2½% fosforu; w połączeniu z arsenem jako

Arsen-Triferrin

(Kołaczyk Arsen-Triferrin zawiera 0·0003 g. arsenu).

Środek wzmacniający

przy błednicy, niedokrwewności, ozdrowieniu, skrofulozie, krzywicy i innych stanach osłabienia. Bez zaburzeń żołądkowych, ponieważ nierozpuszczalny w soku żołądkowym, natomiast w jelicie rozpuszczają się oba przetwory łatwo i ulegają doskonałe wessaniu.

Rp. Triferrin-Tabl. po 0·3 g lub Arsen-Triferrin-Tabl. po 0·3 g Nr. XXX. (K 1·25) Opak. oryg. Knoll.

3 razy dziennie 1 kołaczyk (po 0·05 Fe) lub 0.3 jako proszek. Kołaczyki te poleca się rozżuć i popić nieco wody.

pod nazwą soku wiśniowego, był wyrobem całkowicie sztucznym soki malinowe okazywały się zaprawione kwasem salicylowym, zaś esencya, używana do wytwarzania sztucznej piany w kracherach, zawierała trującą saponinę. — Szczególniejszą uwagę zwracał Zakład na tanie cukierki karmelkowe wobec faktu, że cukierki te sporządzano z dodatkiem mąki. Zawartość mąki w cukierkach wynosiła przeciętnie od 5 do 14%, bywały jednak gatunki cukierków, w których dochodziła nawet do 40%. Szczególniejszą opieką nad tego rodzaju wyrobem, kontrolą odnośnych fabryk i konsekwentnem postępowaniem spodziewa się kierownictwo Zakładu wytępić wspomniany rodzaj fałszerstwa w fabrykach krajowych. Nieco trudniejszą jest walka z towarem obcym. Inny rodzaj fałszerstwa cukierków polegał na obciążeniu siarkanem barowym i okrem. — Miód praśny fałszowano cukrem konsumcyjnym, inwertowym i syropem kartoflanym. — Wytrwałej i częstej kontroli sprzedawanej w kraju herbaty należy przypisać dalsze obniżenie ilościowe i jakościowe dawniej nader licznych fałszerstw herbaty, fałszowanej obecnie nader rzadko przez obciążenie, częściej podbarwieniem i dodatkiem liści borówki kaukazkiej. — Zafałszowanie win, napotkane w latach sprawozdawczych, polegało na rozcieńczaniu wodą, zaprawianiu alkoholem i gliceryną, podbarwianiu barwikiem smołowcowym, słodzeniu cukrem konsumcyjnym, a nawet sacharyną, zaś wina francuskie bywały ponad ustawowo dozwoloną miarę siarkowane. — Miód pitny, badany w Zakładzie, bywał nader często fałszowany dodatkiem cukru konsumcyjnego, syropu kartoflanego i sacharyny i podbarwiany barwikiem anilinowym. — Wódki, sprzedawane pod nazwą destylatów szlachetnych, koniaków, rumu Jamaika, śliwowicy, okazywały się przy bliższem badaniu jako wyroby sztuczne i podrobione, równie jak i wódki, sprzedawane pod nazwą rozmaitych wódek owocowych. Ten rodzaj fałszerstw pojawił się szczególnie obficie od czasu, gdy z powodu zniesienia ustawy propinacyjnej zniesiono ograniczenie sporządzania wódek na t. zw. »zimnej drodze«, dozwolone dawniej tylko dzierżawcom propinacyjnym. Ze zniesienia tego ograniczenia skorzystali rozmaici fabrykanci sztucznych esencyi wódczanych, narzucając się szynkarzom ze swoimi wyrobami i wytwarzając w nich przekonanie, że ze sprzedawanych im esencyi będą mogli tanio sporządzać znaczne ilości wódek szlachetnych: rumu Jamaika, śliwowicy i t. p. oraz wódek owocowych. Na takich to esencyach bardzo często nieumiejętnie sporządzane napoje spirytusowe, sprzedawane pod fałszywą nazwą, zajmowały Zakład badaniem i zniewalały go do wdrażania postępowania karnego przeciw szynkarzom, winnym nietyle może chęci znaczniejszego zysku, ile braku wiadomości zawodowych. — Dosyć liczne octy winne, a szczególnie octy, sprzedawane za owocowe, okazały się jako octy spirytusowe, nader zaś często można było stwierdzić, że octy, sprzedawane jako 5-krotnie zgęszczone, zawierały znacznie mniej kwasu octowego i uchodzić mogły najwyżej za 2 lub 3-krotnie zgęszczone. W czasie podróży rewizyjnych stwierdzali urzędnicy Zakładu dosyć często, że flaszki, zawierające zgęszczoną esencyę octową, nie są należycie oznaczone, wobec czego zdarzać się mogą łatwo pomyłki i wypadki nieszczęśliwe z powodu oparzenia esencyą octową. — Drożdże badane zawierały, zwłaszcza w pierwszym roku po ogłoszeniu odnośnego rozporządzenia ministeryalnego, regulującego obrót handlowy tym produktem, domieszkę skrobi; był to wyrób przeważnie węgierski. W r. 1912 wspomniane zafałszowanie drożdży było już znacznie rzadsze. — Z przedmiotów użytku wspomnieć należy, że główki, używane do zamykania syfonów z wodą sodową, mimo zwiększonej w tej mierze uwagi zawierają niejednokrotnie więcej, niż dopuszczalnych

10% ołowiu. Dwie główki, deklarowane jako »prawie wolne od ołowiu«, zawierały tego metalu, trującego i udzielającego się łatwo wodzie sodowej, 72,6% oraz 40,8%. — Z badanych naft tylko jedna okazała się łatwo zapalną.

Po za obowiązkową pracą laboratoryjną zajmowali się urzędnicy zakładu w miarę możności pracą eksperymentalną. Inspektor Hetper ogłosił rzecz: »O wpływie kameleonu na ciała organiczne« część I i II, zaś sprawozdawca publikacye: »W sprawie mola mącznego« i »O potrzebach nadzoru nad żywnością«, umieszczone w pismach zawodowych.

Przepełnienie w zawodzie lekarskim.

Po krótkim okresie, w którym młodzież stroniła od studyów lekarskich, nastąpiła w latach ostatnich gwałtowna reakcya. Liczba słuchaczy medycyny wzrosła gwałtownie w całej Europie, a poprostu wyjątkowo w Austryi. W bieżącym roku szkolnym zapisało się na wszechnice austryackie na pierwszy rok medycyny 1848 słuchaczy: w Wiedniu 633, w Pradze 492 (na wydział czeski i niemiecki razem), we Lwowie 302, w Krakowie 174, w Gracu 148, w Insbruku 99. Jestto niemal dwa razy tyle, co przed 3—4 laty.

Już w roku zeszłym zastanawiały się nad tem nieobojętnem zjawiskiem obie Izby lekarskie galicyjskie z inicyatywy Izby krakowskiej, oczywiście przedewszystkiem ze stanowiska zawodowego, obawiając się słusznie, że nadmierny przyrost lekarzy w latach już najbliższych wywołać musi pogorszenie warunków bytu w tym zawodzie, i tak już u nas nieświetnych. Za staraniem też Izby lekarskiej w Krakowie ukazały się drukiem w »Słowie lekarskiem« i w jednym z dzienników artykuły, opracowane rzeczowo i wyczerpująco, a ostrzegające usilnie młodzież przed zbyt gromadnem zapisywaniem się na medycynę. Artykuły te jednak przeszły bez echa, gdyż prasa nasza codzienna nie zwróciła na nie wcale uwagi.

I dopiero teraz rzecz stała się dla naszych dzienników interesującą, gdy o niej odezwał się głos... z Wiednia. Głosem tym jest wystąpienie Wydziału lekarskiego wiedeńskiego, który pragnie zapobiedz przepełnieniu swoich zakładów i klinik i płynącym stąd szkodom dydaktycznym. Ale nasza prasa codzienna szczególnym sposobem pojmuje krok Wydziału wiedeńskiego, jako »politicum« i upatruje w nim wyłącznie akcyę wrogą dla studentów polskich, czeskich i włoskich, zmierzającą do pozbycia się ich z Wiednia. Nie mamy ani zamiaru, ani chęci pod tym względem polemizować z naszą prasą codzienną, tem mniej zaś wdawać się w obronę czy tłómaczenie Wydziału wiedeńskiego. Szkoda tylko, że nasza prasa codzienna nie uwzględniła okoliczności, iż studentów medyków z krajów nie-niemieckich jest w Wiedniu wszystkiego 178, a przecież oprócz Wydziału lekarskiego są w Wiedniu jeszcze 3 inne wydziały uniwersytetu, jest Akademia rolnicza, leśna i t. p., które — dotąd przynajmniej — nie bronią się przed przepełnieniem; szkoda, że nasza prasa nie rozpatrzyła bliżej narodowości studentów-medyków, idących z Galicyi do Wiednia; a przedewszystkiem szkoda, że przed roztrząsaniem wiadomości, poczerpniętych... z Wiednia, nie poinformowała się o wiadomościach, przed rokiem już niemal ogłaszanych... w Galicyi.

W czasopiśmie lekarskiem nie potrzeba chyba uzasadniać, jak niepokojącym objawem jest nadmierny napływ słuchaczy na medycynę, ani wywodzić, że idący za tem nadmierny i zbyt szybki przyrost lekarzy może być bardzo szkodliwy wcale **nietylko** ze stanowiska interesów zawodowych, ale ze względu na ludność. Nieuniknionym skutkiem przepełnienia zakładów i klinik lekarskich musi być obniżenie się poziomu wykształcenia lekarskiego, którego w należytej mierze bez dostatecznego dostępu do praktycznych zajęć nabyć niepodobna. Nieuniknionym zaś skutkiem nadmiernego i zbyt szybkiego wzrostu liczby lekarzy, zwłaszcza w Galicyi (która wprawdzie ma ich zamało w stosunku do liczby ludności, ale i dziś już niemal zadużo w stosunku do zapotrzebowania i w stosunku do tej liczby, którą może utrzymać), — musi być obniżenie się poziomu etycznego w zawodzie lekarskim i olbrzymie szkody, powstające dla chorych i dla społeczeństwa zarówno przez to, jak i przez obniżenie się poziomu wykształcenia lekarzy.

Z tego też punktu nadmierny napływ słuchaczy na medycynę budzi poważną troskę z pewnością i w obu naszych Wydziałach lekarskich polskich, a powinienby obudzić i w szerszych kołach chęć głębszego i krytyczniejszego ujęcia sprawy, niż to się stało w naszych dziennikach politycznych.

Można zaś wierzyć, że Wydział lekarski wiedeński patrzy na rzecz z tego także punktu, jeżeli się przeczyta uważnie referat komisyi tego Wydziału, ogłoszony w całości w »Wiener klinische Wochenschrift« Nr 13. z r. b.

Rzecz inna, czy środki zapobiegawcze, proponowane w Wiedniu, są właściwe i trafne. Komisya Wydziału wiedeńskiego żąda mianowicie w pierwszym rzędzie podwyższenia czesnego, które w Austryi wynosi od r. 1850 do dziś dnia po 2 kor. 10 hal półrocznie za godzinę wykładu w tygodniu, gdy w Niemczech wynosi ono średnio 5 marek, (w Heidelbergu nawet 6 marek), a więc 3 razy więcej, niż w Austryi. Z podwojenia czesnego spodziewa się komisya wiedeńska wielkich skutków w kierunku zmniejszenia napływu na medycynę. Dopiero w drugim rzędzie uważa komisya za pożądany środek doraźny, tymczasowy: nieprzyjmowanie na medycynę w Wiedniu słuchaczy z tych krajów w Austryi, które mają swoje uniwersytety.

Przeciw tym wnioskom wystąpił prof. Hohenegg z »votum separatum«, ogłoszonem w całości w tymże numerze »Wiener klin. Wochenschrift«. Prof. Hohenegg uważa za niewłaściwe, by myśl podniesienia czesnego wychodziła z kół profesorów uniwersytetu. Sądzi on, że nadmierny napływ słuchaczy na medycynę należy ograniczyć przez wprowadzony census uzdolnienia i przygotowania, by uwolnić wydziały lekarskie od balastu uczniów słabych, którymi zasypuje uniwersytety obecne szkolnictwo średnie, nadmiernie w Austryi wybujałe ilościowo, a dające coraz gorszy materyał dla wszechnic. W tym celu żąda prof. Hohenegg wprowadzenia jeszcze jednego roku studyów na medycynie, ale nie na końcu, lecz na początku, jako roku »przygotowawczego«, zakończonego egzaminem z chemii, fizyki i biologii, któryby był rodzajem »egzaminu wstępnego«; dopiero ten egzamin dawałby prawo do właściwych studyów le-

SECACORNIN-PASTYLKI "ROCHE"

trwała, smaczna, ściśle dawkowana postać pastylek, umożliwia wygodne, pewne leczenie naparstnicowe.

Każda pastylka zawiera: = 0,25 g. lub 8-10 kropel SECACORNIN "Roche"
= 1 g. Secale cornut.
= 1 całą łyżkę stołową Inf. Secal. Cornut. 10,0 : 150,0



OPAKOWANIE: Rurki oryginalne, zawierające 10 pastylek à 0,25 gr. SECACORNIN „Roche" Mk. 1.20 Kor. 1.50
i Rurki oryginalne, zawierające 25 pastylek à 0,25 gr. SECACORNIN „Roche" Mk. 2.— Kor. 2.50

F. HOFFMANN LA ROCHE i S-ka GRENZACH (BADEN), BAZYLEA (SZWAJCARJA) WIEDEŃ III/1.

karskich. Żąda też prof. Hohenegg, by egzamin ten, jak i inne egzamina lekarskie, był egzaminem »ścisłym« (rigorosum, jeszcze dobitniej w niemieckiem »strenge Prüfung«) nietylko z nazwy i by zamiast obecnych uwolnień od czesnego wprowadzić ograniczoną liczbę miejsc bezpłatnych, nadawanych na zasadzie kolokwiów.

Dodać należy, że zarówno komisya Wydziału wiedeńskiego, jak i prof. Hohenegg, ograniczają swe propozycye do urządzeń Wydziału wiedeńskiego, nie przesądzając, co inne Wydziały lekarskie w Austryi uznają dla siebie za najlepsze.

Nie ulega wątpliwości, że propozycye wiedeńskie już z powodu swych słabych stron wywołają szeroką dyskusyę publiczną. Waga całej sprawy jest z pewnością i dla naszych stosunków niemała; dlatego chętnie otwieramy dla dyskusyi nad nią także łamy »Przeglądu lekarskiego«. r.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 1. IV. 1914 posiedzenie, na którem prym. prof. Latkowski i Dr Hladij przedstawiali chorych, poczem odbył się wykład prof. Rosnera: Ciąża, a złośliwe nowotwory odbytnicy.

— W klinice chirurgicznej we Lwowie jest zaraz do objęcia posada asystenta dla rentgenologii, wymagająca biegłości i znajomości tego działu w zakresie rozpoznawczym i leczniczym. Zgłoszenia przyjmuje dyrektor kliniki, r. dw. prof. Dr Rydygier.

— Dyplom doktorski uzyskali pp. Bronisław Emil Maryan Hager z Miłosławia, Szymon Tenenbaum z Piotrkowa, Hieronim Romuald Szantruczek z Zawady, Łazarz Pilecki z Przemyśla.

— W sanatoryum »Towarzystwa ku wspieraniu ubogiej chorej uczącej się młodzieży żydowskiej p. n. »Nadzieja« w Szczawnicy leczyło się w r. 1913 — 58 chorych przez 2772 dni (od 5. czerwca do 15. września). Według sprawozdania lekarskiego, starannie zestawionego przez Dr R. Hammerschlaga, byli to chorzy przeważnie w I. okresie według podziału Turbana; znaczną poprawę uzyskano u 41·4%, poprawę u 55·2%, u jednego chorego stan się nie zmienił, u jednego nastąpiło pogorszenie. Utrzymanie sanatoryum kosztowało 6155 kor. Dochody Towarzystwa w r. 1913 znacznie wzrosły (dzięki subwencyi ministerstwa w kwocie 3000 kor. i dochodowi z »dnia kwiatowego« w Krakowie w kwocie 2418 kor.) i doszły 11.470 kor.; fundusz żelazny wynosi 1800 kor., fundusz budowy domu 9544 kor. Rozwój swój zawdzięcza Towarzystwo energicznym zabiegom prezesa, Dr Jana Landau sen.

Ruch chorych zakaźnych w szpitalu im. Karola i Maryi dla dzieci w Warszawie. Od 8. III. do 21. III. r. b. przyjęto do szpitala przypadków: płonicy 3 † 1, błonicy 3 † —, duru brzusznego 3 † —, dławca krtani — † —, gruźlicy płuc 2 † —, gruźliczego zapalenia opon mózgowych 2 † 1.

W tymże czasie zgłosiło się do ambulatoryum przypadków: odry 2, błonicy 1, krztuśca 10, ospy wietrznej 1.

Dr Łyskawiński.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 23. III. do 30. III. 1914 przypadków: ospy 8 † —, płonicy 2 † —, róży 1 † —. Dr Trenkner.

Z różnych stron. Na porządku dziennym XXXII posiedzenia Związku polsk. lekarzy i przyrodników w Petersburgu w d. 12. (25) III. znajdował się wykład prof. Wincentego Lutosławskiego: Psychoanaliza Freuda. — Na porządku dziennym zaś XXX posiedzenia Wydziału lekarskiego tegoż Związku w d. 21. III. (3. IV) b. r. znajdowały się następujące wykłady: 1) doc. Dr Władyczko: O widzeniu sobowtóru. 2) Dr Sadowska: Najnowsze metody rozpoznawcze zapalenia nerek. (Szkic odczytowy). 3) Dr Zdanowicz: Gonorrhoea phylacogen w pewnych powikłaniach rzeżączki.

— Namiestnictwo śląskie zwróciło uwagę lekarzy, zwłaszcza kas chorych, że wedle rozporządzenia ministeryalnego z r. 1891 nie wolno używać stampili zamiast podpisu lekarza na recepcie, gdyż to może być źródłem różnych nadużyć. K.

— Liczba słuchaczów medycyny wzrosła w Austryi w ostatnim roku o 13·8% i wynosi obecnie 7.330, gdy w roku 1903/4 wynosiła ona zaledwo 2.509. Na innych wydziałach zwiększa się wprawdzie liczba słuchaczy, ale stopniowo i nie tak gwałtownie, jak na medycynie.

— W Berlinie wychodzić będzie od kwietnia pod redakcyą prof. Eulenburga pismo p. t.: »Zeitschrift für Sexualwissenschaft«, poświęcone biologii, psychologii, patologii i socyologii życia płciowego i eugenice. K.

— Szkoła ludowa dla dzieci niedowidzących działa ze znakomitym skutkiem od 3 lat w Strassburgu (druga podobna istnieje w Mülhausen). Przyjmuje się tam dzieci z wielkiemi zmianami wzroku. Nauka odbywa się w ten sposób, że nauczyciel kładzie przy nauce główny nacisk na słuch. Dzieci piszą na osobnych zeszytach z dużemi odstępami linii, lub na tablicy, rysują węglem na kartonie, a prócz tego uczą się różnych praktycznych zajęć, do których wzrok mniej jest potrzebny, jak plecenia i robienia siatek. Nauka geografii odbywa się poglądowo, a nauka przyrody na przechadzkach. Wyniki pedagogiczne mają być mimo to wprost znakomite. Klęsk.

Redakcya otrzymała. Mutermilch i Rzętkowski: Hodowla tkanek in vitro. (Nowiny lek. 1913). — A. Puławski: O chorobie Basedowa. (Odczyty kliniczne. Serya XX. Zesz. 10—12). — Serkowski: Les opsonines et les bactériotropines. Paris (A. Maloine) 1914. Stron 116. — Endelman: Sprawozdanie z posiedzeń polskiego Towarzystwa okulistycznego w Królestwie polskiem za r. 1908. — Paradowski: 1) Sprawozdanie z obrad polskiego Towarzystwa okulistycznego za r. 1909. 2) Toż za r. 1910. 3) Toż za r. 1911. 4) Toż za r. 1912. 5) Toż za r. 1913. (Odb. z Postępu okulist. 1908—1913). — Stanisław Klejn: 1) Nowe badania nad białaczką szpikową. 2) O nieznanej dotychczas komórce macierzystej komórek szpiku kostnego i o prawdziwej białaczce macierzystej. 3) Nowy sposób barwienia krwi i tkanek zapomocą »polichromu«. 4) O wpływie leczniczym benzolu na sprawy białaczkowe. 5) Spostrzeżenia nad krwawiączką u kobiet i jej leczeniem. 6) Lymphogranulomatosis. (Odb. z Gaz. lek. 1912—1914). — Sędziak: O ciałach obcych w górnych drogach oddechowych i pokarmowych, oraz w uszach. Cz. II. (Now. lek. 1914). — Janowski: Ciśnienie krwi i ciśnienie tętna w stwar-

THIGENOL "ROCHE"



tani, nie drażniący, nietrujący. Syntetyczny preparat siarki, Stanowi prawdiwie cenny wkład do dermatologicznej skarbnicy lekarskiej i może być uważany jako znaczny postęp na polu terapii siarczanej w chorobach skórnych.

OPAKOWANIE:

THIGENOL "Roche" do receptury.
THIGENOL-GLYCERIN "Roche" 20% o.
MYDŁO THIGENOLOWE "Roche"

F. HOFFMANN-la ROCHE i S-ka: GRENZACH (BADEN) BAZYLEA (SZWAJCARJA) WIEDEŃ III/1.

dnieniu tętnic oraz w zapaleniu nerek. (Gaz. lek. 1914). — Szmurło: O tak zw. polipach nosogardzielowych i ich leczeniu. (Gaz. lek. 1914).

Bibliografia.

L. Pron. **Formulaire de thérapeutique clinique.** Wydanie II. (Maloine, Paryż) 1914. Stron 544. Cena 6 franków.

Wobec tego, że poza podręcznikami terapeutycznymi w naszych kalendarzach lekarskich, z konieczności treściwymi, niema osobnych polskich wydawnictw tego rodzaju, znajdują takie dziełka obce dość wielu u nas odbiorców. Przeważnie są to jednak raczej zbiorki recept, niż istotne zapiski lecznicze. Książeczka Dr Prona, wydana przy współudziale okulisty Dr Cantonneta, wyróżnia się pod tym względem korzystnie; totez zapewne znajdzie ona i u nas przyjaciół wśród tych kolegów, którzy władają językiem francuskim.

Paris médical, ruchliwy tygodnik, wydawany pod naczelną redakcyą prof. Gilberta przez księgarnię Baillière & fils, poświęcił cały swój zeszyt z 7. III. b. r. wyłącznie dermatologii. Zeszyt ten zawiera z tego zakresu artykuły Milliana, Burniera, Ehlersa, Marchoux, Bodina, Julliena, Brodiera, Gilberta, Roshema.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w marcu 1914.

Gazeta lekarska. Nr 9—13. Jul. Goldberg: O wpływie pobudzającym dużych dawek dwuwęglanu sodu na czynność wydzielniczą gruczołów żołądkowych (9). — Klejn (dok. 9). — Janowski: Ciśnienie krwi i ciśnienie tętna w stwardnieniu tętnic oraz w zapaleniu nerek (10—12). — Erlichówna: Łupież różowy Gibert, w tym samym przypadku wrodzone zniekształcenie palców lewej ręki (10). — Karwacki: Dr Józef Babiński (sylwetka) (11). — Łokczewski: Niezwykły przypadek porodu bliźniąt (11). — Puławski: Henryk Dobrzycki (wspomnienie pośmiertne) (12). — Rydygier: O potrzebach naszego piśmiennictwa lekarskiego kilka uwag (12). — Szyszko-Bohusz: O przeszczepianiu moczowodów skóry (13). — A. Puławski: Przyczynek do leczenia białaczki promieniami Röntgena i benzolem (13).

Medycyna i Kronika lekarska. Nr 9—13. Wertheim: W sprawie przetok moczowych po wycięciu nerki (9) — Landau (dok. 10). — Bychowski: Przyczynki do rozpoznawania i leczenia chirurgicznego chorób mózgu (10—11)· — Zawadzki: Ś. p. Henryk Dobrzycki (11). — Zwybeł: Serodyagnostyka ciąży według Abderhaldena (11). — Kopytowski: Wpływ szczepionek gonokokowych na powikłania rzeżączki (12—13). — Nisenson: Kilka słów o endemii płonicy w Warszawie w r. 1913 (12). — Rozenblatówna: Kilka słów o szpitalnictwie nowojorskiem (12). — Rechniowski: W sprawie ran postrzałowych jamy brzusznej (13).

Nowiny lek. Nr 3: Wrzosek: O sławnych w dziejach medycyny Poznańczykach. — Godlewski: Pogląd na właściwości twórcze żywej materyi. — Wicherkiewicz: O jaskrze prostej, jej przyczynach i leczeniu. — Rzętkowski: O niedomodze mięśnia sercowego. — Janowski: Ciśnienie krwi w stwardnieniu tętnic i zapaleniu nerek.

Tygodnik lek. Nr 6—13. Hołobut i Lenartowicz: Próby leczenia pęcherzycy treścią jej pęcherzy (6). — M. W. Herman: Kilka wykładów o wolnem przeszczepianiu i o włączaniu w krążenie tkanek, gruczołów, narządów i kończyn (6—13). — W. Ziembicki: Teorya i praktyka w nauce o wewnętrznem wydzielaniu (7—10). — Mikulski: Badania nad tętnieniem mózgu człowieka (13). — Cieszyński: Na otwarcie Instytutu dentystycznego. — Grabczak: Dentystyka na Wszechnicy Jagiellońskiej. — E. Loth: W sprawie leczenia rwy nerwu trójdzielnego zapomocą wstrzykiwań wyskoku. — Węgrzynowska: Aparaty używane w technice dentystycznej do lania złotych dostawek i prac mostkowych. — Zipper: Stan obecny radioterapii w stomatologii.— Grabczak: Sprawozdanie z działalności Tow. stomatologów polskich od założenia aż do chwili obecnej. — Schalit: W sprawie walki z próchnicą zębów. (11—12).

Lekarz wileński: Nr 2: Ś. p. Aleksander Wojnicz. — W. Orłowski: W sprawie patogenezy choroby Hirschsprunga. — Tupalski: Oczyszczanie wód ściekowych z uwzględnieniem warunków Wilna. — Z działalności przychodni miejskiej dla chorych wenerycznych. — III Zjazd lekarzy ziemi mińskiej.

Przegląd chirurg. i ginekol. T. X. Z. 1. Wertheim: O leczeniu operacyjnem porażenia nerwu twarzowego. — Judt: Zwężenia okrężnicy. — Czerwiński: Z kazuistyki guzów zapalnych jamy brzusznej, rzekomo nowotworowych.

Neurologia polska. T. 4. Z. 1. Flatau i Handelsman: O doświadczalnie wywoływanych ropniach rdzenia, neuronofagii leukocytowej i o rozlanem nacieczeniu w ośrodkowym układzie nerwowym — Grzywo-Dąbrowski: Przyczynek do sprawy rozrostu tkanki łącznej okołonaczyniowej w porażeniu postępującem. — Kruse-Pawłowska: Przypadek kiły drobnych naczyń kory. — Radziwiłowicz: Wytyczne organizacyi szpitala dla umysłowo-chorych.

Postęp okulist. Nr 1—2. Rosenhauch: Zakażenia oka pochodzenia nosowego. — Rumszewicz: O samoistnem limfatycznem nacieczeniu spojówki.

Przegląd chorób skórnych i wener. 1913. Nr 7—9. Krzyształowicz: Znaczenie zboczeń w przemianie materyi w dermatologii. — Rygierówna: Przyczynek do badań nad pseudoxanthoma elasticum. — Malinowski: O dermatomykozach.

Zdrowie. Nr 3. Hamczyk: Wyniki badania inteligencyi wychowańców zakładu w Studzieńcu. — Zembrzuski: O potrzebie stworzenia u nas uzdrowiska dla dzieci, dotkniętych gruźlicą chirurgiczną. — Fidler: Stan szpitalnictwa w ziemi radomskiej.

Słowo lek. Nr 3—6. Bednarski: Studenci jako robotnicy. — Szwarc: Pierwsze wyniki stosowania nowej ustawy sanitarnej.— W sprawie towarzystw ubezpieczeń od wypadków. — Petycya lekarzy okręgowych do Wydziału krajowego. — Grün: Ograniczenie lekarskiego zakresu działania. — Kostanecki: Leonardo da Vinci jako anatom. — Ciechanowski: Nadzór nad szpitalami prywatnymi. — Ugoda lekarzy z kasami chorych w Niemczech.— Galenus jako stomatolog. — Partactwo w Saksonii.

Głos lekarzy Nr 7. Czyżewicz: Braki i niedomogi nowej ustawy z d. 14. VI. 1913. — Mikołajski: 1) Tajemnica lekarska. 2) Polepszenie poborów lekarzy okręgowych. 3) W sprawie dyet przy tłumieniu epidemii.

Kronika dentyst. Nr 3.: Hofung (c. d.).

Nasze Zdroje Nr 1—2. Z nowym rokiem pracy. — Doc. inż. Biegeleisen: Technika instalacyjna nowoczesnych zakładów kąpielowych. — Westreich: 1) Fundusz asanacyjny dla zdrojowisk i uzdrowisk. 2) Ucisk podatkowy zdrojowisk. — Asanacya zdrojowisk. — Mazurkiewicz: Referat na ankiecie w d. 25. I. 1914. — Galicyjskie zdrojowiska a traktaty handlowe.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Oddziału jarosławskiego Towarzystwa lekarzy galicyjskich odbędzie się **w sobotę d. 4. kwietnia 1914 o godz. 6 popołudniu** w szpitalu powszechnym w Jarosławiu z następującym porządkiem dziennym: 1) Demonstracya chorych. 2) O pierwszych zaburzeniach żołądkowych u osesków i ich racyonalnem odżywianiu, kol. Dr Meiseles. 3) Wnioski członków w sprawach zawodowych.

Wydział Oddziału jarosławskiego Tow. lek. galic.

Dr W. Orłowski, sekretarz. Dr Wł. Czyżewicz, przewodniczący.

Szczawa **Krondorfska** uznana za najlepszą naturalną.

Najlepsze skutki w nieżytach żołądka i pęcherza, jakoteż dróg oddechowych. 205

Prospekty rozsyła na żądanie Brunnen-Unternehmung Krondorf bei Karlsbad lub też Generalna reprezentacya dla Galicyi i Bukowiny, Kraków, Grodzka 48. Lwów, Sykstuska 81.

DR. ST. BENEDYKT KWIATKOWSKI 282

B. I. Asystent Kliniki chorób wewnętrznych U. J. ordynuje **w Meranie** (Haus Venosta) do **końca kwietnia** od **maja zaś w Maryenbadzie** (Haus Hamburg).

C. HAUBNER'S ENGEL-APOTHEKE

• WIEN •

I. BOGNERGASSE 9.



Alleinige Erzeugung von BERNATZIK' s sterilen subcutanen Injectionsflüssigkeiten in zugeschmolzenen Glasphiolen.

Zu beziehen durch alle Apotheken.

Preislisten gratis u. franco.

Wyłączny wyrób

Bernatzik'a

jałowych płynów do wstrzykiwań podskórnych

w zatopionych fiolkach szklanych,

sprowadzić można 82

przez wszystkie apteki.

TRAN JODOWO ŻELAZISTY

Zawiera równie jak tran Lahussena 100 gr. tranu 0·20 jodku żelaza. **Przetwór ten leczniczy sporządzono na najlepszym tranie Meyera; jest przeto smaczny i nie psuje żołądka.**

Tran jodowo-żelazisty Wiszniewskiego można z dobrym skutkiem zalecać w chorobach płuc, zołzach, niedokrewności i t. p.

Sposób użycia; Dzieciom daje się 1—2—3 razy dziennie po łyżeczce po jedzeniu. — Dorosłym 1–3 łyżek dziennie. 221

Cena flaszki 1 K 20 hal. — Wyrób własny i skład główny w aptece

K. WISZNIEWSKIEGO w Krakowie.

We Lwowie na składzie w aptece PIOTRA MIKOLASCHA.

PENSYONAT POLSKI



„Plankenstein" i „Rosenheim" w Gleichenbergu koło Gracu

40 Pokoi z komfortem urządzonych kuchnia polska pensya od 8 kor. i wyżej zależy od pokoju w najładniejszem położeniu cały dzień w słońcu

Poleca Karol Swietelnicki

„WINO NOURRY"

JODO-GARBNIKOWE

wolne od wszelkich zasad jodowych: smak przyjemny, przyswajanie znakomite.

— Zastępuje wątłuszowy tran rybi. —

Jedna łyżka stołowa zawiera: 0·05 jodu, 0·10 taniny.

Wskazania: Limfatyzm, niedokrewność, utrudnione miesiączkowanie, przewlekłe schorzenia płuc.

Dawka: dla dorosłych jedna łyżka stołowa, dla dzieci jedna łyżka kawowa } podczas jedzenia

KAKODYLAT SODOWY CLIN

Arszenik w postaci organicznej

Krople Clin: w 5 kroplach zawarte: 0·01 **czystego kakodylatu sodowego.**

Pigułki Clin: 1 pigułka zawiera: 0·01 **czystego kakodylatu sodowego.**

Wyjałowione ampułki Clin: do wstrzykiwań podskórnych — 0·05 i 0·10 g **czystego kakodylatu sodowego** w 1 cm³.

ADRENALINA CLIN

Rozczyn adrenaliny Clin 1:1000 flaszeczka mniejsza pojemności 5 cm³ K 1·60 — większa o 30 cm³ K 5·35.

Krople do ócz z adrenaliną Clin 1:5000 flaszeczka K 3·25.

Pipułki z adrenaliną Clin w ampułkach wyjałowionych do wstrzykiwań podskórnych. Odmierzono ½ mgr. w 1 cm³. Pudełko K 6·25.

Rozczyn adrenaliny-kokainy Clin w ampułkach wyjałowionych do wstrzykiwań podskórnych. Pudełko K 4 i K 4·50.

Czopki z adrenaliny Clin po ½ mgr. Pudełko K 3·75.

ENESOL

(SALICYLAT ARSENOWY RTĘCI)

zalety enesolu: 265b

1. Własności trujące nadzwyczaj słabe.
2. Enesol nie sprawia bólu przy wstrzykiwaniach.
3. Działalność leczniczą **ENESOLU** można porównać z działaniem najlepszych soli rtęciowych używanych do wstrzykiwań.

Enesol wydaje się w ampułkach o 2 cm³, zawierających w 1 cm³, 0·03 g. (0·06 enesolu w ampułce całej). Pudełko z 10 amp. *K* 4·25.

Laboratoires Clin, Paris

Generalna reprezentacya na Austro-Węgry: Wiedeń VI/1 Köstlergasse 1. Telefon 5355.

Düsseldorfska Fabryka

Kraków, (Zwierzyniec) 225

wyrabia znane ze swej dobroci

Synapizmy „Austria“

i udaje się do Wnych Panów Lekarzy z prośbą o łaskawe polecanie ich do użytku jako

Wyrób krajowy polski.

Polecony przez Krakowską Komisyę przemysłowo-lekarską. Odznaczony najwyższemi odznaczeniami na wystawach hygienicznych w Wiedniu, Paryżu 1906 i we Lwowie 1907; Najprzyjemniejszym zarówno w smaku jak zapachu, tranem rybim jest specyalna metoda przyrzadzony

„Jecoferrol Dr FRANZOS“

Tran Jodowo-Żelazisty Aromatyczny

wyrobu chemika **Dra JULIUSZA FRANZOSA** aptekarza w Tarnopolu.

Tran ten sprowadzony wprost z Bergen w Norwegii, zawiera 0·25% jodku żelazawego. — Do każdej flaszki oryginalnej, pojemności 1/2 litra, dołączony jest pakiet nader przyjemnej pasty miętowej.

Cena 2 Kor. 50 hal. **Ordynuje się: „JECOFERROL“ Dr. FRANZOS.**

Jecoferrol phosphorat Dr Franzos zawiera w 100 gr. Jecoferrolu, 0·01 Fosforu. Cena 1 Kor. 60 hal.

Do nabycia we wszystkich większych aptekach. 155

Każda flaszka zaopatrzona znaczkiem Związku krajowego lek.

EPF

ŚRODKIEM MNIEJ ZATRUWAJĄCYM NA ZNIECZULENIE LOKALNE O WŁAŚCIWEJ SKUTECZNOŚCI JEST

STOWAINA

Która nie wywołuje zawrotów głowy, ani mdłości ani dolegliwości żołądkowych.

UŻYWA SIĘ JEJ JAK KOKAINY, NATOMIAST NIE WYTWARZA STOWAINA NAŁOGÓW.

Kilka sposobów zastosowania stowainy:

BALSAM przeciw pęknięciom skóry

Stowaina	0 g 40
Acidi bor.	0 g. 20
Sous-gallate d. bism	3 g.
Balsam Peru	2 krop
Lanolina-waselina āā	10 g

PIGUŁKI przeciw dolegliwościom żołądkowym

Stowaina	0 g 02
Magnezya hydr	0 g 60
Kreda preparowana	0 g 40
Sod bicarb	0 g. 40

(Bierze się jedną pigułkę po każdem jedzeniu) (HUCHARD)

POMADA przeciw hemoroidom

Stowaina	0 g 25
Adrenalina (1 0 00)	8 krop.
Lanolina, Waselina āā	5 g.

(HUCHARD)

LES ETABLISSEMENTS POULENC FRÈRES, PARIS | Wyłączne zastępstwo na Austro-Węgry M. KRIS, WIEN, I., Stefansplatz 8

Laboratoires P. FAMEL — 20—22, Rue des Orteaux, PARIS.

SIROP FAMEL

A BASE DE LACTO-CRÉOSOTE SOLUBLE

Stanowi najlepszy specyfik przeciw **kaszlowi, nieżytowi przewlekłemu oskrzeli, kaszlowi napadowemu gruźliczych i schorzeniom nieżytowym**

W nowej kombinacyi z prawdziwym kreozotem bukowym zażywany i znoszony przez najwrażliwsze osoby.

Zawiera w łyżce stołowej:
Kreosotum lactic. solub. 0 g. 20
Calcium phosphoricum 0 g. 40
Codeinum . . . . . . 5 miligramów
Tinct. alcoh. aconiti . . 2 krople
etc. etc.

Sposób użycia:
Dorosłym 2 lub 3 łyżki stołowe dziennie (rano i wieczorem)
Dzieciom 2 lub 3 łyżeczki kawowe lub deserowe
Czysty lub w gorącej herbacie. 123

Cena K 4·— za flakon. Sprzedaż we wszystkich aptekach.

Próbki bezpłatne i piśmiennictwo: JULIEN MEYER, Wiedeń XVIII, Gersthoferstrasse 107

Rok LIII. Kraków, dnia 11. kwietnia 1914 Nr 15.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Przyczynek do zapobiegania przedziurawieniom macicy podczas wyskrobań po poronieniach.

Podał

Dr Emanuel Herz (Rzeszów).

(Dokończenie).

Jacobsohn [19]) opisuje przypadek, w którym położna zapomocą cewnika przedziurawiła macicę; musiano w tym przypadku wykonać kolpotomię, wydobyć cewnik i resekować kawałek sieci; wynik był pomyślny.

Kaiser [20]) i Witt [21]) ogłaszają po jednym przypadku, zaś Ehrenberg [22]) ogłasza trzy przypadki, w których był »tentamen abortus provocandi deficiente graviditate«. O podobnych przypadkach donoszą Sigwart [23]) (4 przypadki), Jung [24]) (2 przypadki), Sippel [25]) (1 przypadek), zaś Klauber [26]), Knoop [27]) i Jung [24]) donoszą każdy z nich o jednym przypadku usiłowania spędzenia płodu, w których istniała ciąża jajowodowa. Neugebauer [28]) zebrał 22 podobnych przypadków.

Thomä [29]) donosi o jednym przypadku, w którym zapomocą strzykawki z długą metalową nasadą przedziurawiono szyjkę maciczną aż do zatoki Douglasa i wstrzyknięto jakiś biały proszek, mający zapobiedz zapłodnieniu. Laparotomia — wyleczenie.

Szereg przypadków ogłaszają Bretschneider [30]), Schmid [31]), Müller [32]) — (tu wstrzyknięto zapomocą strzykawki rozczyn sinku rtęci (hydrargyrum oxycyanatum) 1:1000 przez przedziurawioną macicę do jamy brzusznej) — Eberhart [33]), Albrecht [34]), Sigwart [35]), Hashinsky [36]), Asch [37]), Küstner [38]), Veit [39]), Nicolay [40]) (aż 34 przypadków), Zimbler [41]) (przedziurawienie zapomocą gęsiego pióra, 10 cm długiego), Braude [42]) (wyciągnięcie wyrostka robaczkowego przez otwór w macicy).

Jakkolwiek z jednej strony zestawienie powyższe nie jest zupełnie wyczerpujące, a z drugiej strony ogromna ilość przypadków z łatwo zrozumiałych powodów nie bywa ogłaszana, to jednak można mieć już na podstawie tego zestawienia należyte pojęcie o nieszczęściach i fatalnych skutkach, jakie wywołać może tak lekki — zdawałoby się — zabieg, jakim jest wypróżnienie macicy z treści w niej zawartej podczas ciąży, lub z powodu poronienia.

We własnej praktyce raz jeden przypadkowo przedziurawiłem macicę zapomocą zgłębnika przy badaniu macicy starczej, zanikającej; zaraz jednak przedziurawienie rozpoznałem i zaniechałem dalszego badania. Po 2 tygodniach wyskrobałem macicę bez dalszych następstw.

Z przedziurawień, dokonanych przez innych lekarzy, spostrzegałem sam 5 przypadków; w 2 wywołało przedziurawienie rozszerzadło Hegara, w jednym blaszecznica, która się dostała do prawego przymacicza, w jednym zgłębnik, w jednym cewnik Brauna. We wszystkich nastąpiło wyleczenie.

Ze statystyki wyżej zestawionej można się przekonać, że największą liczbę uszkodzeń sprawiła łyżeczka, a mianowicie: w zestawieniu Puppego [7]) na 264 przypadków wypadło na samą łyżeczkę 174, w statystyce Orthmanna [2]) z 88 przypadków wypadło na łyżeczkę 31, w zestawieniu Stumpfa [3]) na 178 przypadków 119, w statystyce Heymana [8]) na 65 przypadków 26.

Na dalszem dopiero miejscu stoją inne narzędzia, jak zgłębniki, cewniki, rozszerzadła Hegara, strzykawki i t. d., po których, jak z powyższego zestawienia wynika, uszkodzenia są mniej niebezpieczne, jeżeli się je natychmiast zauważy i dalszych manipulacyi zaniecha, jeżeli operowano ściśle według zasad przeciwgnilnych i jeżeli treść macicy nie była już zakażoną. Leczenie polega wtedy na spokoju, zastosowaniu pęcherza z lodem, makowca i często przechodzi to bez odczynu.

Najniebezpieczniejsze i najwięcej powikłane są uszkodzenia narzędziami, mającemi kształt kleszczyków, a więc: kleszczykami Wintera, Schultzego, Gaussa i różnej budowy zwykłemi kleszczykami, gdyż te wszystkie narzędzia chwytają, miażdżą, a w końcu wyciągają, co uchwycą. Stąd zniszczenia największe.

Niejednokrotnie już występowałem w publikacyach moich przeciw używaniu narzędzi szczypczykowatych w podobnych przypadkach. W kwietniu r. 1903 nie mogłem w jednym przypadku wydostać palcem silnie przyczepionego kawałka łożyska z jamy macicy po poronieniu i użyłem do tego kleszczyków Wintera. Jedynie sprawdzenie palcem drugiej ręki, co szczypczyki uchwyciły, uchroniło mnie od przedziurawienia macicy. Dalsze ostrzeżenia ogłosiłem w Wiener med. Wochenschrift Nr 26, 1903, Zentralblatt f. Gynäkologie Nr 7, 1908, Gynäk. Rundschau Nr 15, 1909, Zeitschrift f. Gynäk. Nr 32, 1912, Wiener med. Woch. Nr 11, 1913.

Skutek moich artykułów, co z zadowoleniem podnoszę, był taki, że ze wszech stron odezwały się głosy ostrzegawcze przeciw używaniu różnych kleszczyków i szczypczyków przy poronieniach, wszystko jednak jeszcze z niewielkim skutkiem dla praktyków, gdyż przypadki uszkodzeń takiemi narzędziami mnożą się dalej w zastraszającej liczbie.

W przeważnej części podręczników poleca się używanie kleszczyków do wypróżnienia jamy macicy z resztek płodu, a mianowicie czyta się zwykle następujące zdanie: »Po rozszerzeniu szyjki macicy i oddzieleniu jaja płodowego od ścian macicy palcem, wydobywa się je kleszczykami lub łyżeczką«. Propagowanie właśnie tego, co nastąpić nie powinno, jest dla mnie niezrozumiałem, gdyż, jeżeli jaje płodowe udało się oddzielić palcem, nie zachodzi wcale potrzeba użycia osobnego narzędzia do wydobycia jaja, bo wystarcza, jak się to niezliczone razy sam przekonać mogłem, ucisk dwuręczny na trzon macicy od tylnego sklepienia i przez powłoki brzuszne, ażeby wycisnąć oddzielone jaje płodowe przez rozszerzoną szyjkę. Jeżeli kiedyś wyjątkowo prosty ten zabieg do celu nie doprowadza, uda się jeszcze nieraz wydobyć jaje jednym lub dwoma palcami. Gdyby zaś i to nie dało dobrego wyniku, należy użyć do tego celu wielkiej, tępej łyżki, którą już w dawniejszych moich publikacyach polecałem, a zyska się pewność, że nie naraża się na przedziurawienie macicy i bezpieczniej dochodzi się do zamierzonego wyniku. Kleszczyków powinno się zatem użyć tylko w takich przypadkach, w których zapomocą wzroku możemy dokładnie się przekonać, co i gdzie narzędzie uchwyciło; do użycia we wnętrzu macicy, gdzie co najwyżej tylko na dotyku polegać możemy, żadne szczypczyki się nie nadają. Nieraz się przekonałem, że szukanie palcem siedziby jaja płodowego lub resztek łożyska jest całkiem nieużyteczne, jeżeli się do wydobycia ich ma użyć kleszczyków. Albowiem ściana macicy ciężarnej przez wprowadzenie narzędzia twardego zmienia swój kształt i łatwo stać się może, że przy zwiotczeniu ściany macicy kleszczyki nie dochodzą do miejsca przeznaczenia i zamiast resztek łożyska chwytają ścianę macicy, a że kontrola zapomocą palca jest niemożliwa, więc przy zamknięciu i pociągnięciu kleszczyków powstaje przedziurawienie macicy z wszelkimi zgubnymi jego skutkami. Ponieważ o słuszności tego zdania nieraz przekonać się mogłem, przeto porzuciłem zupełnie używanie narzędzi kleszczykowych w zastosowaniu do jamy macicy i dla tego to powodu, jeżeli jestem już zmuszony, po wyczerpaniu innych sposobów, o których wyżej mówiłem, uciec się do jakiegoś narzędzia, to używam jedynie dużej, tępej łyżki, zapomocą której nic się nie chwyta, lecz jedynie przez ruchy łyżeczkowe (skrobanie) treść wydala. Zastosowałem sam w 340 przypadkach wyskrobanie łyżką tępą i ani razu nie miałem nieprzyjemnego przypadku. Łyżki te*) są tępe, wielkie, o gładkich, zaokrąglonych brzegach i dwojakiej wielkości. Nie dadzą one się porównać wcale ze zwykłą łyżeczką (Curette), która tworzy obrączkę, wprawdzie tępą, ale łatwo wciskającą się w fałdy rozpulchnionej ściany macicy. Na tych łyżkach rękojeść jest lżejsza, niż łyżka sama, ażeby w ten sposób przy używaniu wyłączyć wszelkie gwałtowne zastosowanie. Przy łyżkach tych wydobywa się z całą łatwością i z uczuciem pewności wszystkie resztki płodu lub łożyska i dlatego mogę każdemu łyżki te polecić, jako najpewniej wiodące do celu.

Do bezpiecznego ukończenia wypróżnienia macicy potrzebne jest nieraz jeszcze sztuczne rozszerzenie szyjki macicznej i dlatego pozwolę sobie parę słów poświęcić tej części operacyi przygotowawczej.

Nieraz już spostrzegłem, że przyczyną przedziurawienia macicy było niedostateczne poprzednie rozszerzenie szyjki. To samo potwierdzają spostrzeżenia wyżej wyliczonych autorów; z nich Stumpf [3]) wyliczył na 178 przypadków przedziurawienia macicy 19, w których nie rozszerzano poprzednio szyjki macicy; również Puppe [7]), Orthmann [2]), Braun-Fernwald [6]), Heymann [8]), Hashinsky [36]) wyliczają szereg podobnych przypadków.

Należy się zatem zastanowić, jaki sposób najpewniej i najbezpieczniej wiedzie do rozszerzenia szyjki macicznej.

Istnieją dwie kategorye sposobów rozszerzania szyjki. Do jednej kategoryi zaliczamy szybkie rozszerzanie, do drugiej powolne.

A). Do szybkich zaliczyć należy 1) metodę rozcięcia przedniej ściany szyjki (hysterotomia vaginalis anterior), która to jednak metoda nie nadaje się dla praktycznego lekarza, lecz tylko dla specyalisty lub dla kliniki, a to wyjątkowo w tych przypadkach, w których szyjka jest twarda (u starych pierwiastek).

Ja sam użyłem tego sposobu w 2 przypadkach twardej szyjki w 4. i 5. miesiącu ciąży z dobrym skutkiem, powinno się jednak używać tego sposobu u ciężarnych powyżej trzeciego miesiąca ciąży.

2) Drugą metodę szybkiego rozszerzania szyjki stanowią rozszerzadła Hegara, które dziś są najwięcej i najchętniej używane. Mają one jednak i swoje ujemne strony, a mianowicie można niemi łatwo przebić ścianę macicy, co się nawet bardzo wprawnym ginekologom zdarzyć może i już zdarzyło (Chrobak [43]), Halban [44]), a rozszerzenie trwa bez uśpienia stosunkowo dość długo, bo nieraz 1—2 godzin. Bardzo często potrzebna jest narkoza. Te powody skłoniły mnie do porzucenia zupełnie rozszerzadeł Hegara. Posługuję się od kilku lat tylko trójramiennem rozszerzadłem Simsa i muszę przyznać, że okazało się ono znakomitem narzędziem w tych przypadkach, w których zależało mi na szybkiem opróżnieniu macicy. Użyłem tego narzędzia, ostrożnie i powolnie rozszerzając, dotychczas w 421 przypadkach; w żadnym nie uległa szyjka znaczniejszemu skaleczeniu, o czem się w wielu przypadkach przez badanie palcem przekonać mogłem. Przed zastosowaniem tego narzędzia należy szyjkę dobrze znieczulić, do czego używam rozczynu $1^0/_0$ nowokainy z suprareniną. Nadto należy zwrócić uwagę, ażeby zrobić nie więcej nad 2—3 obrotów na 180^0 w jednej minucie tak, ażeby całe rozszerzenie trwało mniej więcej 15—20 minut; wtedy dopiero można wprowadzić palec albo tępą łyżkę dla usunięcia jaja płodowego albo resztek łożyska.

B). W tych jednakowoż przypadkach, w których nie ma wskazania do szybkiego opróżnienia wnętrza macicy, używamy sposobu powolnego, i ta metoda jest dla lekarza praktyka najwłaściwszą i najlepszą. Metod tego powolnego rozszerzania jest kilka:

*) Według moich wskazówek wyrabia je fabryka Leitera w Wiedniu (IX, Mariannengasse 11) po cenie 7 K 50 h.

1) Rozszerzanie zapomocą blaszecznicy. Odkąd wyjaławiamy dokładnie blaszecznicę, rzadko się spotykamy z zakażeniem po niej. Do odkażania jej służy najlepiej wygotowanie, choć dobre usługi oddawało mi też zanurzenie na krótki czas w 1% roztworze sublimatowo-wyskokowym z następowem wypłukaniem w spirytusie. W handlu istnieją już wyjałowione pręciki blaszecznicy w zamkniętych rurkach szklannych. Przy tej metodzie szyjka staje się miękką rozpulchnioną, tak że palec można z łatwością wprowadzić. Jeżeli się to rozszerzenie nie uda, można następowo wprowadzić gazę jodoformową, aż się nie uzyska wolnego przejścia dla palca. Używam w takim razie zazwyczaj gazy wioformowej, którą wypycham dolny odcinek macicy i szyjkę, zostawiam ją przez 24 godzin, poczem nierzadko występują bole, które jaje płodowe wraz z tamponem wydalają. Po 24 godzinach jeszcze raz ten sam zabieg wykonać należy. Ta metoda zabiera wprawdzie dużo czasu i wymaga wiele cierpliwości zarówno ze strony lekarza, jak i chorej, ale ma tę zaletę, że jest bezpieczna.

2) Drugą metodą, również powolną i chroniącą przed niebezpieczeństwem, jest wypchanie szyjki macicy cienkimi, 2 ctm szerokimi paskami gazy wioformowej, z następowem wprowadzeniem rozszerzadeł Hegara do tego stopnia, że szyjka stanie się dla palca drożną.

3) Albo też wprowadza się najpierw rozszerzadła Hegara aż do Nr 7 lub 8, a potem wypycha się szyjkę gazą wioformową, po której wyjęciu przechodzi się do grubszych rozszerzadeł Hegara.

4) Vulliet i Landau zalecają wprowadzanie do szyjki macicy gazy jodoformowej, codziennie powtarzane aż do osiągnięcia wyniku. Metoda ta jednak jest bardzo powolną i mieści w sobie niebezpieczeństwo zakażenia.

Wybór jednej z metod wyżej wyliczonych zależy od lekarza, który w każdym przypadku musi sam ocenić, do której z nich uciec się należy.

Streściwszy w krótkich słowach wszystko, co wyżej podałem, mogę polecić dla zapobieżenia przedziurawieniu macicy ciężarnej następujące wskazówki:

1) Przy zamkniętej szyjce ostrożne rozszerzanie; przy twardej szyjce nie forsować rozszerzania (blaszecznica zamiast rozszerzadeł Hegara).

2) Gdy zachodzi potrzeba szybkiego opróżnienia macicy: hysterotomia, rozszerzadło Simsa, ewentualnie rozszerzadło Hegara.

3) Przy poronieniach wyżej trzeciego miesiąca ciąży: wypróżnienie macicy zawsze palcem, po poprzedniem należytem rozszerzeniu szyjki. Po wydobyciu głównej treści z wnętrza macicy następowe dokładne wydobycie resztek palcem, lub opisaną przezemnie łyżką tępą, jeżeli poronienie nastąpiło w pierwszych trzech miesiącach ciąży. Ostrzegam usilnie przed użyciem innych narzędzi, a szczególnie szczypczyków lub kleszczyków.

4) Jeżeli przedziurawienie już nastąpiło, przestać natychmiast dalszych miejscowych zabiegów; w przypadkach aseptycznych zachować się wyczekująco (łóżko, lód, makowiec); w przypadkach wątpliwych co do zakażenia, lub przy znacznych uszkodzeniach narządów jamy brzusznej, należy wykonać natychmiast laparotomię.

Piśmiennictwo. 1) Chrobak (Sitzg. der geb. gyn. Geselsch. zu Wien. Ref. Zentrl. für. Gyn. Nr 47, 1907). — 2) Orthmann (Frauenarzt, Hft 4, 1913). — 3) Stumpf (Winckels Handb. der Geburtsh.). — 4) Augustin (Inauguraldissertation-Basel, 1906). — 5) Albrecht (Annalen des städtischen Krankenhauses zu München, 1908). — 6) Braun-Fernwald (Zentralblatt für Gynäkologie, Nr 39. 1807). — 7) Puppe (Monatschrift für Geburthilfe und Gynäkologie, tom 36, strona 291). — 8) Heymann (Gynäkolog. Rundschau, 1908, S. 220). — 9) Halban (Zentralblatt für Gynäkol. Nr 16, 1912). — 10) Döderlein (Zentralb. f. Gynäkol. Nr 2. 1912, S. 59). — 11) Schuetze (Zeitschrift f. Geburtsh. u. Gynäk., tom 69, 1911). — 12) Knoop (Zentralb. f. Gynäk. Nr 14, 1912). — 13) Aschheim (Gesellsch. f. Geb. u. Gynäk. zu Berlin, 23 czerwca 1911). — 14) Thaler (Geburth. gynäk. Sitzg. zu Wien 28 listopada 1911). — 15) Schauta (ibidem). — 16) Weibel (ibidem). — 17) Wertheim (ibidem). — 18) Latzko (ibidem). — 19) Jacobsohn (Arbeiten über Geburth. u. Gynäkol. II. Teil, Petersburg, 1911). — 20) Kaiser (Geb. gyn. Gesellsch. zu Dresden, posiedz. 21 marca 1912). — 21) Witt (Gynäkol. Rundschau, zesz. 5 i 6, 1912). — 22) Ehrenberg (Zentralbl. f. Gynäk., Nr 41, 1912). — 23) Sigwart (Zentralb. f. Gyn. Nr 16, 1912). — 24) Jung (Zentralb. f. Gyn. Nr 31, 1912). — 25) Sippel (Zentralb. f. Gyn. Nr 34, 1912). — 26) Klauber (Z. f. Gyn. Nr 11, 1912). — 27) Knoop (Zentralb. f. Gyn. Nr 14, 1912). — 28) (Zentrblb. f. Gyn. Nr 31, 1912). — 29) Thomä (Zentralb. f. Gyn. Nr 43, 1912). — 30) Bretschneider (Sitzung d. geb. gyn. Gesellsch. in Leipzig, 20 maja 1912). — 31) Schmid (Zentralbl. f. Gyn. Nr 44, 1912). — 32) Müller (Zentralb. f. Gyn. Nr 44, 1912). — 33) Eberhart (Zentralb. f. Gyn. Nr 48, 1912). — 34) Albrecht (Zentralbl. f. Gyn. Nr 9, 1913). — 35) Sigwart (Berl. klin. Woch. Nr 37. 1912). — 36) Hashinsky (Journal f. Geb. u. Gyn. 1911). — 37) Asch. (Sitzung der Gesellsch. f. Geb. u. Gyn. Breslau, 11. lutego 1913). — 38) Küstner (Kongress f. Gyn. zu Halle a/S, v. 14—17 Mai, 1913). — 39) Veit (Sitzg. der Gesellsch. f. Geb. u. Gyn. Berlin 22. listop. 1912). — 40) Nicolay (Inaugural-Dissertation, München, 1912). — 41) Zimbler (Münch. med. Woch. Nr 32, 1913). — 42) Braude (Zentr. f. Gyn. Nr 52, 1913). — 43) Chrobak (Geburt. gyn. Gesellsch. Wien, posiedz. 9. lutego 1904). — 44) Halban (ibidem). — 45) Herz (Wr. med. Woch. Nr 16, 1903). — 46) Herz (Gyn. Rundsch. Nr 15, 1909). — 47) Herz (Zentralbl. f. Gyn. Nr 7, 1908). — 48) Herz (Zentr. f. Gyn. Nr 32, 1912). — 49) Herz (Wien med. Woch. Nr 11, 1913).

Z oddziału chorób wewnętrz. szpitala krajowego w Sarajewie.

Kilka uwag i spostrzeżeń o nerwicach wegetatywnych.

Skreślił

Prof. Dr L. Korczyński.

(Ciąg dalszy).

Dusan K. lat 19, syn wieśniaka z podmiejskiej osady Sarajewa, wyznania prawosławnego, przyjęty na oddział 6. października 1913 r. (zob. ryc. 4).

Wywiady, bardzo znamienne, wskazują, że chory od kilku lat miewa po jedzeniu, zazwyczaj w godzinę, czasem wcześniej, bóle w okolicy żołądka z towarzyszeniem odbijań, najczęściej kwaśnych. Łaknienie nawet bardzo dobre. Stolec, odkąd zapamięta, twardy, czasem nie miewa go chory po 2—3 dni. W ostatnich miesiącach spotęgowały się przypadłości żołądkowe do tego stopnia, że chory wstrzymywał się od jedzenia. I to jednak nie pomagało, bo znów uczucie głodu było tak silne, że jak powiada, żołądek kurczył mu się od bólu. Te głodowe kurcze pojawiały się ze szczególną siłą wtedy, gdy widział inne osoby jedzące, a nawet gdy dojrzał pożywienie. Nie przypomina sobie, aby przebywał jakąkolwiek poważniejszą chorobę.



Ryc. 4.

Stan obecny. Chłopak średniego wzrostu, o budowie ciała, na ogół biorąc, dość kształtnej, wcale dobrze odżywiony, okazuje mimo to wyraźną asymetryę czaszki i twarzy. Prawa połowa czaszki jest lepiej rozwinięta od lewej, lewa połowa twarzy silniej od prawej. Mamy więc skrzyżowaną nieumiarowość. Włosy sięgają nizko i na skroniach stykają się prawie z brwiami. Szpara powiekowa dość szeroka. Na oku lewem zaznaczony zez zbieżny. Wytrzymałość mięśni prostych wewnętrznych niezwykle wielka; chory może bez zmęczenia patrzeć bardzo długo na przedmiot, trzymany tuż przed oczyma. Zrenice dość wązkie, oddziałują zupełnie dobrze. Język drży cokolwiek. Błona śluzowa gardła i całego łuku miernie obrzękła, migdałki powiększone z licznymi wrębami. Odruchu gardłowego wzniecić nie można. Szyja dość krótka; gruczoł tarczowy daje się nietylko wyraźnie wymacać, ale jest wprost widoczny: zbitość jego jest większa od prawidłowej. Klatka piersiowa foremna. Pod obu pachami wymacać można dość liczne gruczoły chłonne. W narządzie oddechowym zmian niema. To samo odnosi się do serca. Tętno sprychowe dość słabo napięte. Liczba tętna między 68—84. Parcie krwi średnie 96 m/m, skurczowe 1·25 m/m, rozkurczowe 80 m/m Hg, (obliczone według v. Recklinghausena). Przez ucisk gałek ocznych wywołać można bardzo znaczne zwolnienie tętna i pewną niemiarowość (objaw Aschnera), (zob. ryc. 5).

Brzuch płaski, przy obmacywaniu nie bolesny; jedynie tylko ucisk na silnie tętniącą tętnicę brzuszną ponad pępkiem sprawia choremu ból. W jelicie esowatem grudki zbitego kału, jelito obkurczone. Przy badaniu przez kiszkę stolcową zwraca uwagę niezwykle znaczne napięcie zwieracza. Po badaniu wystąpił bolesny skurcz zwieracza i trwał, jak chory podaje, około 15 minut. Odruchy mięśniowe bardzo silne. W mięśniach klatki piersiowej i w mięśniu dwugłowym przedramienia powstaje po uderzeniu młotkiem opukowym wyraźny wał skurczowy. Widać go dobrze na rycinie. Pobudliwość naczyniowa większa, skóry wzmożona, dermografia. — Badanie treści żołądkowej po śniadaniu próbnem dało w wyniku kwaśność 70°, z tego 45° od wolnego HCl. Kilkakrotne badanie kału, mające za cel wykrycie krwi, do czego zmuszały wywiady, dawało zawsze wynik ujemny. Skład krwi co do ilości ciałek czerwonych i hemoglobiny był zupełnie prawidłowy. Liczba ciałek białych, obliczona wkrótce po przyjęciu chorego, wynosiła 7600 w m/m³. Stosunek odsetkowy leukocytów przedstawiał się w następujący sposób: Ciałek neutrochłonnych 54·42%, limfocytów i wielkich jednojądrzastych 33·75%, przejściowych 2·2, eozynochłonnych 8·57%.

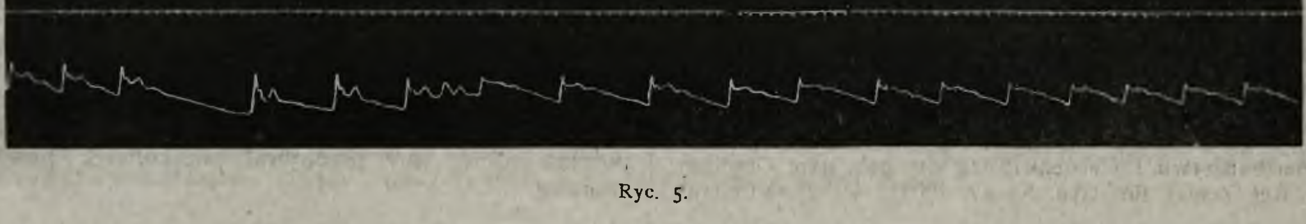
Po wstrzyknięciu 0·01 gm chlorku pilokarpiny wystąpiły bardzo obfite poty i ślinotok z towarzyszeniem wymiotów. Wymiociny składały się z resztek ściętego mleka, dużej ilości śluzu i płynnej treści, kwaśność wymiocin wynosiła 45°. W czasie tego, sztucznie przez wstrzyknięcie pilokarpiny wywołanego napadu spadła liczba tętna do 54, chory czuł się bardzo osłabiony i wyczerpany.

Pomimo, że cały wynik badania przemawiał stanowczo za nerwowem pochodzeniem objawów choroby, poddano chorego dalszej jeszcze obserwacyi, aby na jej podstawie nabrać zupełnej pewności, że nie ma w tym przypadku choroby o tle anatomicznem. Chodziło o wyłączenie wrzodu. Jednym z ważnych szczegółów było badanie, jaki wpływ wywrze t. zw. drażniąca dyeta. Chory znosił ją doskonale. W czasie całego pobytu jego na oddziale, t. j. do 28. 10. 1913, stosowano przetwory bromowe, przez kilka dni rano i wieczór także podskórne wstrzykiwanie atropiny. Wynik leczenia był najzupełniej zadowalniający.

Drugi przypadek nerwicy żołądka, o którym pragnę wspomnieć, odnosi się do młodego dwunastoletniego chłopca, Dusana M., ucznia gimnazyalnego z Sarajewa, przyjętego na oddział 5. listopada 1913 r. (Zob. ryc. 6).

Wywiady przypominają dokładnie opowiadanie poprzedniego chorego co do samej istoty rzeczy. Jedynie tylko stopień dolegliwości podmiotowych był tu mniejszy. Poza tem podaje jeszcze chory, że od zeszłego roku doznaje w mięśniach całego ciała, zwłaszcza w kończynach, dziwnego uczucia znużenia i bezsilności i że temu towarzyszą pojawiające się tu i owdzie drgania mięśni. Przypadłości te występują niestale i mają charakter napadowy. Skutkiem nich nie może chory pisać, ani rysować. Palce, w których trzyma pióro czy ołówek, sztywnieją mu i słabną, a równocześnie występują w mięśniach ręki mimowolne urywane ruchy, jakby rzuty.

Wynik badania możemy streścić bardzo krótko. Chłopiec, słusznego wzrostu, z dużą, nieumiarową czaszką i twarzą, płaską klatką piersiową, z obwisłym brzuchem, niestosunkowo wielkiemi rękami i nogami o grubych palcach, okazuje przy niezwykłym w tym wieku rozwoju części rodnych wyraźne znamiona zołzowatego usposobienia. Wyrazem jego są grube rysy twarzy, nos i wargi obrzękłe, liczne gruczoły chłonne na szyi, pod pachami i w pachwinach, powiększone migdałki, obrzękła, soczysta, sinoróżowa błona śluzowa gardła. Szyja jest raczej krótką. Gruczoł tarczowy można wymacać jako zbitszy niewielki guz. Obwód szyi 33 ctm. Na mostku na wysokości drugiego i trzeciego żebra wyraźne przytłumienie odgłosu opukowego o średnicy $3^1/_2$—4 ctm. W narządzie oddechowym zmian



Ryc. 5.

niema. Uderzenie serca bardzo wyraźne. Obszar stłumienia prawidłowy. Tony czyste. Tętno miarowe, stosunkowo słabo napięte, liczba tętna zmienna, między 64—88 w minucie. Tętnica w porównaniu z całym rozwojem ciała



Ryc. 6.

wązka, o cienkich ścianach. Parcie krwi średnie 89 m/m, skurczowe 111 m/m, rozkurczowe 59 m/m (v. Recklinghausen). Brzuch poza obwisłą formą nie przedstawia nic nieprawidłowego. Aorta brzuszna tętni silnie i jest przy ucisku bolesna. Odruchy ścięgniste prawidłowe, odruchy mięśniowe wzmożone, po uderzeniu mięśni powstaje wyraźny wał. Pobudliwość naczynioruchowa skóry bardzo znaczna. Skóra kończyn chłodna, wilgotna, sinawo zabarwiona. Skład moczu prawidłowy.

Kwaśność treści żołądkowej po śniadaniu próbnem 65°, w tem 40° od HCl.

Ciałek czerwonych 4,000.000, hemoglobiny 75%, ciałek białych 8.600. Odsetkowy stosunek leukocytów: neutrochłonnych 46%, limfocytów i wielkich jednojądrzastych leukocytów 40%, ciałek przejściowych 8%, eozynochłonnych 6%.

Po 0·005 gm chlorku pilokarpiny obfite poty, ślinienia, nudności i wymioty.

Nawiązując do opowiadania chorego o zaburzeniach mięśniowych, staraliśmy się poznać je bliżej. Ale mimo pilnego zwracania uwagi nie powiodło się stwierdzić przedmiotowo tych zaburzeń, o których chory wspominał. Można było zauważyć tylko tyle, że przy pisaniu trzymał dziwnie kurczowo w palcach ołówek lub pióro, nużył w ten sposób niepotrzebnie mięśnie i nie mógł dłużej pracować. Niewątpliwie chodziło i w tym także przypadku o zwykłą u wagotoników słabość i niewytrzymałość układu mięśniowego, ale z pewnym dodatkiem spazmofilii. Wynik leczenia uspokajającego był i tu także zadowalniający. Chory opuścił oddział 21. XI. bez jakichkolwiek przypadłości żołądkowych.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Oceny.

Stanisław Klejn: 1) **Die Myelogonie.** (Berlin 1914, nakł. J. Springer, stron 140, z 10 tablicami kolorowemi).— 2) **Nowe badania nad białaczką szpikową** (myelosis). (Gazeta lekarska Nr 7, 8, 9, 1914). Najwybitniejsi hematologowie głosili w ostatnich latach zdanie, że morfologia krwi jest tak wszechstronnie opracowanym i zbadanym działem nauki, iż dalszego postępu w tym kierunku już nie można się spodziewać. A jednakże udoskonalone sposoby morfologicznego badania krwi i wytrwała pilność przekonały autora, że postęp w dziedzinie tej wcale się nie skończył.

Prace embryologów lat ostatnich wykazały, że w najwcześniejszych okresach rozwoju krwi pojawiają się u zarodka nieznane dotychczas postacie komórkowe, które według nich są macierzą wszystkich innych ciałek krwi, (duży limfocyt Maksimowa, hemogonia Molliera). Dotychczas jednakże nie zdołali klinicyści w toku białaczki szpikowej, która ma być, jak powszechnie przyjmują, odzwierciedleniem rozwoju krwi w życiu zarodkowem, stwierdzić obecności takich macierzystych komórek i dlatego nie uznawali komórki, opisywanej przez embryologów, za twór macierzysty ciałek krwi.

Spostrzeżenia ostatnich lat trzech przekonały jednak autora o słuszności zapatrywań embryologów, bo zdołał stwierdzić obecność komórki identycznej z opisywaną przez embryologów jako macierzystą, we krwi i narządach krwiotwórczych nietylko chorych na białaczkę szpikową, lecz także w szpiku kostnym prawidłowym. Komórką tą jest myelogonia, komórka macierzysta megakaryocytu — komórki olbrzymiej szpiku kostnego. Megakaryocyty często w postaci już zwyrodniałej znajdował autor prawie w każdym przypadku białaczki myeloblastycznej, a nawet w każdej krwi prawidłowej, najczęściej w postaci zwyrodniałych lub pyknotycznych jąder. Badania autora wykazały dalej, że oprócz zwyrodniałych jąder megakaryocytów napotyka się we krwi białaczkowej dość często i w rozmaitej, dość zmiennej liczbie, twory bardzo podobne do powyższych, ale mające budowę, choć jeszcze niezupełnie prawidłową, tak jednak przypominającą budowę jądra megakaryocytu, że odrazu wpadają w oczy i łatwo je odróżnić od innych komórek. Komórki te tak dalece różnią się od wszystkich dotychczas znanych komórek krwi, iż należy je uważać za zupełnie nowe, nieznane komórki krwi, za nowy rodzaj leukocytów. Porównanie komórek tych z komórką macie-

rzystą, dużym limfocytem Maksimowa oraz z hemogonią Moliera wykazują, (o ile porównywanie materyału embryologicznego z materyałem zdobytym w życiu pozazarodkowem jest dopuszczalne), że komórki te są identyczne z powyższemi komórkami, szczególniej z hemogonią i autor nazywa je myelogonią macierzystą wszystkich ciałek krwi.

Badania nad białaczką przekonały autora, że z myelogonii wytwarzać się mogą myeloblasty, które dotychczas były uważane za macierzyste komórki granulocytów, a przez niektórych badaczy za komórki macierzyste także i erytrocytów. Autor widział bowiem wyraźne formy przejściowe. Z podobieństwa jądra sądząc, uważa autor myelogonię za twór macierzysty megakaryocytu, a wreszcie dowodzi, że myelogonia może przechodzić w erytroblast. I na tej podstawie rysuje następujący schemat rozwoju komórek szpiku, następujące drzewo genealogiczne komórek krwi:

Myelogonia — Megakaryocyt

Pierwotny megaloblast	Myeloblast
Megaloblast	Myelocyt
Erytroblast	Leukocyt wielojądrowy
Erytrocyt	

Wobec powyższych wywodów powinna istnieć, podobnie jak istnieje białaczka myeloblastyczna, także i postać białaczki myelogonicznej, w której dominującą komórką powinna być owa opisana przez autora myelogonia.

Otóż autor stwierdził niewątpliwe istnienie nieznanej dotychczas postaci białaczki, białaczki myelogonicznej, białaczki, w której obraz krwi i narządów krwiotwórczych przedstawia czysty obraz bujania myelogonii. W jednym przypadku tego rodzaju białaczki, spostrzeganej przez autora, było raz 85% myelogonii, myeloblastów było 12%, resztę stanowiły leukocyty neutrofilne i myelocyty. Ciekawą jest rzeczą, że przy następnem badaniu krwi odsetka myelogonii znacznie spadła (do 34%), natomiast odsetka myeloblastów odpowiednio się zwiększyła. Szczegół ten przemawia za ścisłym związkiem genetycznym, jaki zachodzi między obu tymi rodzajami komórek — związkiem, analogicznym do tego, jaki istnieje nieraz w białaczce między myeloblastami, a wyrażającym się w tem, że przy znikaniu myeloblastów zjawiają się w ich miejsce myelocyty i na odwrót.

Praca autora otwiera nowe zupełnie horyzonty hematologii, godzi zapatrywania embryologów z hematologią i sprawę genealogii komórek krwi jasno tłómaczy i ujmuje. I jak z jednej strony doskonale oświetla całą drogę, którą przebywają komórki krwi z jednej strony od myelogonii do leukocyta, to druga strona drzewa genealogicznego potrzebuje jeszcze pewnych uzupełnień, które zapewne najbliższa przyszłość przyniesie na pożytek nauki, a ku chlubie zasłużonego w polskiej hematologii autora. Eliasz Stahr.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Prof. S. W. Lewaszow. **O pasorzytach duru osutkowego.** (Russkij-Wracz. 1914 Nr 4 i 5). Autor od r. 1891 do r. 1903 badał systematycznie krew chorych na dur osutkowy, pragnąc sprawdzić badania Moreau, Cochera, Hlavy i Cheesmanna, którzy opisali swoiste dla duru osutkowego pasorzyty. Do badań swych używał autor początkowo krwi z palca i ze śledziony, otrzymanej przez nakłucie, potem zaś prawie wyłącznie krwi z żył łokciowych. Uwagę autora zwróciły ziarenka, dostrzegalne przy powiększeniu 1000—1200 razy, mające zielonawy odcień przy ruchu śruby mikrometrycznej mikroskopu, a znajdujące się we krwi chorych na dur osutkowy. Ziarenka te spostrzegał autor to pojedynczo rozrzucone w preparatach, to połączone ze sobą po kilka razem. Jedne z nich znajdowały się w spokoju, inne znów miały wyraźny ruch własny; jeśli kilka takich ziarenek leżało obok krwinki czerwonej, to okazywała ona dość charakterystyczne drgania. Dokładniejsze badania stwierdziły u tych ziarenek obecność wici, której ruchy wprawiały je w stan kinetyczny. Przy dłuższej obserwacyi przez silne szkła mikroskopu spostrzegał autor odrywanie się pojedynczych ziarenek od grup, w które były ułożone, dalej powolne zmniejszanie się energii ich ruchów, wreszcie rozpad wici na drobniutkie ziarenka. Bardzo wybitnie zarysowywały się te twory po dodaniu do preparatu krwi nasyconego rozczynu fuchsyny; odbijały one wtedy wybitnie różową barwą od krwinek czerwonych, barwiących się żółtawo, na początku przynajmniej. W okresach początkowych duru osutkowego ziarenka, opisywane przez autora, spostrzegać się dawały w nader małej ilości, nawet we krwi, otrzymywanej ze śledziony; ilość ich jednak wzrastała w miarę rozwoju choroby, a zmniejszała się stopniowo ku jej końcowi. W suchych preparatach krwi ziarenka owe znajdowały się we wszystkich okresach choroby, ginęły natomiast szybko po spadku ciepłoty. Ziarenka, mające wici, znajdował autor tylko w 20%, i to jedynie w końcowym okresie choroby, dlatego też obecność wici uważa on za rzecz przypadkową, spostrzeganą tylko w pewnym okresie rozwoju tego pasorzyta. Próby hodowli udały się całkowicie; z 200 przypadków duru osutkowego zawiodły tylko 3. Najodpowiedniejszem podłożem okazał się agar, przyrządzony z płynem surowiczym z otrzewnej; na pożywce tej, szczepionej zapomocą ukłucia, pasorzyt rozwijał się w postaci malutkich szarawo-białych kolonii zawsze w głębi agaru, nigdy na jego powierzchni. Badania mikroskopowe tych kolonii wykazały obecność pasorzyta, wielkości 0,2—0,5, zupełnie podobnego do opisanego przez autora we krwi chorych na dur osutkowy. Przeszczepianie na inne pożywki udawało się często. Takież hodowle otrzymał autor z płynu worka spojówkowego, a parę razy nawet z plwociny chorych na dur osutkowy. Szczepienie tych hodowli lub też podawanie ich wewnętrzne wywoływało u królików i świnek morskich podniesienie ciepłoty i oznaki zakażenia, czasem zaś śmierć. We krwi zwierząt zakażonych wykrywał autor takiesame ziarenka, jak we krwi ludzi chorych na dur, sekcya zaś wykazywała powiększenie śledziony i wątroby. Na podstawie powyższych danych uważa autor spostrzeganego przez się ziarenkowca za swoiście chorobotwórczego. W przeglądzie literatury, dotyczącej swoistego zarazka duru osutkowego, zwraca autor uwagę, iż znaczna większość badaczy, jak Lubimow, Maczyński, Dubief, Brühl, Curtis i Cambemale, Beniasz, Moczutkowski i inni, opisali ziarenkowca nader podobnego. Różnią się pod tym względem dane Predtieczeńskiego i Rubinowicza, którzy we krwi chorych na dur osutkowy znajdowali pasorzyty zbliżone do laseczników. Według autora, rzekoma różnica zdań pochodzi stąd, iż ziarenkowiec duru osutkowego w pewnych okresach swego rozwoju przybiera postać wydłużoną i posiada wić; dlatego też poglądy owych dwu autorów nie obalają bynajmniej wywodów Lewaszowa. Na mocy powyższych badań własnych, jako też innych autorów i wobec morfologicznych własności opisanego pasorzyta, Lewaszow proponuje uznać go za swoisty dla duru osutkowego i nazwać »coccobacillus exanthematicus«. Z. Gilewicz.

Doc. Barberio. **Przyczynek do rozpoznania różniczkowego wysięków, a przesięków zapomocą nowej próby z rozcieńczonym kwasem octowym.** (La Riforma med. Nr 43, 1913). Z licznych prób rozpoznawania wysięków od przesięków, pierwsze miejsce zajmuje sposób Rivalty ze względu na czułość, szybkość i łatwość wykonania, a nadto pewność wyniku. Polega on na tem, że rozcieńczony kwas octowy strąca w płynach wysiękowych pewną substancyę, która albo wcale nie, albo tylko w nieznacznej ilości znajduje się w przesiękach. Ciało to nie jest jeszcze dokładnie zbadane; według Rivalty jest to eu-

globulina i pseudoglobulina, według Umbera seromucyna, według zaś Pnijkulla nukleoalbumina. — B. przeprowadzając badania nad naturą tego ciała, doszedł do wniosku, że odczyn Rivalty można otrzymać i w inny sposób, który jest równie łatwy, a wyniki daje niemniej pewne, niż sposób oryginalny. Mianowicie do probówki nalewamy 10 cm³ badanego płynu w rozcieńczeniu 1:10 i następnie wpuszczamy 2—3 krople 5% kwasu octowego. Jeżeli badany płyn jest wysiękiem, powstaje po dodaniu drugiej, lub co najwyżej trzeciej kropli zmętnienie, dość szybko obejmujące cały płyn i nadające mu odcień mleczny. Zmętnienie to znika prawie zupełnie po dalszem dodaniu 4—5 kropel odczynnika; podobnie działa dodanie kilku kropel wysyconego rozczynu NaCl. Natomiast w przesiękach kwas octowy nie wywołuje albo żadnej zmiany, albo tylko powoli występującą, lekką opalescencyę, która nie znika przy dalszem dodawaniu odczynnika. Jak widać, metoda ta pozwala szybko i łatwo rozróżnić naturę badanego płynu. Podobnie jak kwas octowy działają i kwasy mineralne, jak 0 5% HCl, $H_2 SO_4$ i HNO_3, lecz w sposób mniej wybitny. Czy w ten, czy w ów sposób otrzymany strąt, rozpuszcza się w nadmiarze kwasu octowego i napowrót powstaje po zobojętnieniu płynu zapomocą ługu sodowego lub potasowego, do osadzenia się zaś na dnie probówki potrzebuje około 2—4 godzin. Płyn po oddzieleniu strątu jest jasny i nie mętnieje już więcej mimo dodawania kwasu octowego. Strąt ten, w odpowiedni sposób zebrany, daje dodatnie odczyny barwne ciał białkowych (Molisch, Adamkiewicz-Hopkins i in.), nie zawiera fosforu, prawie zupełnie ulega strawieniu sztucznemu i pozostawia nieznaczną ilość popiołu, a nadto redukuje siarkan miedzi, choć nie wybitnie, jednak wyraźnie. Co się tyczy natury tej substancyi, to B. dochodzi do wniosku, że jest ona najbardziej zbliżona do globulin, różni się jednak od nich brakiem, lub też tylko bardzo nieznaczną zdolnością dyalizowania; z tego powodu nie można jej zaliczyć z zupełną pewnością do grupy globulin. Niezgoda co do istoty tego ciała pochodzi z jednej strony z powodu używania różnych metod przy jego strącaniu, z drugiej zaś z powodu zmienności składu badanych płynów. Substancya, strącana i otrzymana przez B., zachowuje się wobec kwasu octowego taksamo, jak i ciało, stanowiące istotę odczynu Rivalty. Dr T. T.

Müller. **Zachowanie się tarczycy w okolicach nagminnego wola w kantonie Bern w stosunku do ciąży, porodu i połogu.** (Zft. f. Geb. u. Gyn. 75, 2, 1913). W okolicach nagminnego wola niemal u 10% kobiet obrzmiewa wybitnie tarczyca w czasie miesiączki. Ciąże i porody usposabiają tamże bardzo do występowania wola, tak że prawidłowa tarczyca u ciężarnej należy tam wprost do rzadkości, a u wieloródek wól jest codziennym już objawem. W 57% znika potem w połogu powiększenie gruczołu, a tylko w około 7% pozostaje już na stałe. Zaburzenie czynności serca spotyka się przy tem powiększeniu rzadko. Wole samorodne idzie w tych okolicach często w parze ze ścieśnieniem miednicy. K.

Dietrich. **O śmierci grasiczej.** (Tow. lek. Kolonia II. 1914). Grasica właściwie nigdy nie znika zupełnie, lecz tylko częściowo, tak, że o »zaniku« grasicy nie może być mowy. Śmierć grasiczą u dzieci poprzedzają nieraz napady, i to albo t. zw. sercowo-naczyniowe (sinienie, blednięcie) albo z objawami duszenia się, przypominającymi błonicę. Wbrew zdaniu większości autorów uważa D. za najprawdopodobniejszą i najczęstszą przyczynę owych napadów mechaniczny ucisk przez grasicę sąsiednich narządów. Na sekcyi tego nie zobaczymy, bo tu zmieniają się warunki, ale doświadczenie kliniczne, a co główne, wyniki operacyjne przemawiają zupełnie za teoryą mechaniczną. Wreszcie omawia D. stosunek grasicy do choroby Basedowa. K.

Rotky. **Nadwrażliwość przy zastosowaniu aspiryny.** (Prager med. Wochenschr. 1913. Nr 51). Autor opisuje przypadek, w którym w pół godziny po zastosowaniu 0,5 aspiryny u 53-letniej chorej wystąpiła sinica, zimny pot, duszność; tętno podniosło się do 148 uderzeń na minutę. Pomimo podania czarnej kawy stan chorej się nie polepszał. Wstrzyknięto dwukrotnie kamforę. Na drugi dzień ciepłota podniosła się do 38°. Objawy te ustąpiły zwolna dopiero po tygodniu. Tadeusz Kon.

Strauch. **Kaszel, wywołany obecnością przewodu językowego.** (Münch. med. Woch. 1914 Nr 8). Lewis zwrócił uwagę, że czasem bardzo uporczywy suchy kaszel napadowy pochodzi z obecności przewodu językowego (ductus thyreo-glossus). Badanie zgłębnikiem takiego przewodu wywołuje zaraz kaszel. L. radzi przewód, który jest zwykle do 1 cm długi, wypalać. Podobny przypadek spostrzegał autor. Wypalanie wywoływało skutek chwilowy i dopiero nacięcie przewodu elektrotermokauterem i zamienienie go w otwarty rowek uleczyło kaszel. Przy uporczywym napadowym kaszlu, branym nieraz za nerwowy, pamiętać należy zawsze o zbadaniu języka, czy nie ma tam przypadkiem tego przewodu. K.

Prof. Mori. **Sposob bardzo szybkiego barwienia prątków gruźliczych.** (La Riforma med. Nr 43, 1913). Sposób ten polega w zasadzie na metodzie, podanej przez Ziehla i Gabbeta, różni się zaś od niej odmiennym składem fuchsyny karbolowej, płynu odbarwiającego i zarazem podbarwiającego, czasem działania tych odczynników, przedewszystkiem jednak tem, że całe to barwienie odbywa się przy zwykłej ciepłocie. 1) Badany materyał rozciągamy w cieniutką warstwę na szkiełku, następnie wysuszamy i ustalamy nad płomieniem. 2) Przez 15 sekund działamy na zimno płynem A.: Fuchsyny 0 5, alkoholu abs. 10·0, kwasu karbolowego zgęszcz. 2 5, wody przekroplonej 100·0. (Naprzód rozpuszcza się fuchsynę w alkoholu, poczem dodaje się kwasu karbolowego, wreszcie powoli mieszając dolewa się wodę przekroploną; mieszaninę zostawia się przez 24 godzin w spokoju, poczem się sączy). 3) Obmycie w wodzie przekroplonej, wysuszenie niekoniecznie dokładne. 4) Przez 15 sekund działamy płynem B.: Kwasu siarkowego zgęszczonego 1 00, błękitu metylenowego 1·50, wody przekroplonej 100 00 (naprzód rozpuszcza się w wodzie kwas siarkowy, poczem dodaje się barwika). 5) Obmycie w wodzie, wysuszenie bibułą. Do otrzymania zupełnie dokładnych wyników wystarcza według M. działać obu płynami nawet tylko po 3—5 sekund. Barwienie w ten sposób preparatów najróżnorodniejszego pochodzenia dało M. zawsze dobre i dokładne wyniki; rozczyn fuchsyny, podany przez M., ma nigdy nie dawać strątów, które tak często występują przy używaniu płynu Ziehla. Badania M. w kierunku, czyby ten sposób barwienia nie wykrył pewnych cech różniczkowych co do innych bakteryi kwasoodpornych, t. zw. prątków paragruźliczych (batteri paratuberculari) dały wynik zupełnie ujemny. Dr T. T.

Pedyatrya.

Prof. Hamburger: **Gruźlica u dzieci i zołzy w świetle badań nowoczesnych.** (Z. f. ärzt. F. Nr 5 1914). Gruźlica jest sprawą zakaźną przewlekłą, która towarzyszy większości ludzi od lat najmłodszych do samej śmierci. Gruźlica ma wiele wspólnego z przymiotem. Podobnie, jak w przymiocie, znajdujemy przy gruźlicy ognisko pierwotne z zajęciem gruczołów; podobnie — znajdujemy przy gruźlicy odporność przeciw nowemu zachorowaniu, w przeciwieństwie do czego występują jednak nowotwory. I w gruźlicy, jak w przymiocie, rozróżniamy okres wczesny i okres późniejszy. W 98% przypadków zakażenie gruźlicze następuje drogami oddechowemi, a mianowicie przez wdychanie, jest to zakażenie kropelkami: wystarczy przebywanie w pokoju z chorym gruźliczym, ażeby gruźlicą się zarazić. Zakażenie gruźlicze najczęściej występuje w wieku dziecięcym. Z latami częstość gruźlicy się zwiększa: w pierwszym roku życia częstość gruźlicy wynosi 1%, w drugim roku już 10%, w trzecim i czwartym 25%, w piątym i szóstym roku

50%, w okresie od 7 do 10 lat 75%, w okresie dojrzewania 95%. Obliczenia te dotyczą uboższych klas w miastach środkowej Europy. Z tych liczb widzimy, że prawie każdy człowiek nosi w sobie ognisko gruźlicze. Tkanka, do której się prątki gruźlicze dostają, oddziaływa wytworzeniem tkanki gruźliczej. Pierwszy odczyn występuje w 2—4 tygodni po zakażeniu. Odczyn polega na wytworzeniu się tkanki gruźliczej, przyczem sprawa klinicznie albo może objawiać się na zewnątrz, albo też przebiegać zupełnie skrycie. Jeżeli dziecko pierwszy raz podlega zakażeniu gruźliczemu, to zależnie od wieku dziecka objawia się to rozmaicie. U wszystkich dzieci, w pierwszym roku życia uległych zakażeniu gruźliczemu, objawia się choroba klinicznie. Z dzieci, które w drugim roku życia podległy zakażeniu gruźliczemu, większa część zachorowuje na gruźlicę, to jest występują u nich objawy tej choroby. W trzecim i czwartym roku życia wiele dzieci, podpadłych zakażeniu gruźliczemu, nie okazuje żadnych objawów tej choroby. W piątym, szóstym roku życia i później staje się to prawidłem. Ogniska gruźlicze, niezależnie od tego, czy sprawa przebiega klinicznie jawnie czy też skrycie, mogą przycichnąć, ale o ile odporność ustroju się zmniejsza z tej lub innej przyczyny, może łatwo wystąpić nawrót, co tem się tłómaczy, że nawet w zwapniałych gruczołach limfatycznych znajdują się żywe prątki gruźlicze. Gruźlicze dziecko jest jednak uodpornione przeciw ponownemu zakażeniu. Uodpornienie polega na obecności niweczników. Odporność możemy stwierdzić zapomocą tuberkuliny: czem odporność większa, tem i wrażliwość na tuberkulinę znaczniejsza. Podczas odry n. p. odczyn na tuberkulinę jest u dzieci nieznaczny, więc i odporność jest znacznie zmniejszona, i dlatego dzieci po odrze tak łatwo podlegają wtórnemu zakażeniu gruźliczemu. Jeżeli dziecko przed odrą było klinicznie zupełnie zdrowe, a po odrze dostało gruźlicy, to nie mówimy, że dziecko to przypadkowo podczas odry podległo zakażeniu gruźliczemu, lecz że dziecko to przed odrą miało ukrytą, nie niebezpieczną gruźlicę, która wskutek odry stała się złośliwą. Nietylko odra, lecz i wiele innych chorób zakaźnych przyczynia się do zmniejszenia się odporności przeciw gruźlicy. Pewną odmianę gruźlicy stanowią suchoty płucne, phthisis, które zwykle zaczynają się od szczytów płucnych. Suchoty są późniejszą postacią gruźlicy i do ich wystąpienia jest konieczne, aby ustrój był w przeciągu 5—10 lat zakażony gruźlicą.

Kliniczne objawy gruźlicy dzielimy na ogólne i miejscowe. Do ogólnych objawów należy gorączka i schudnięcie. Jeżeli różnica między ciepłotą ranną i wieczorną wynosi $^{7}/_{10}{}^{0}$ albo 1^{0}, to mamy do czynienia ze stanem przewlekłym. Gorączka może nie być stałą; może jej nie być cały tydzień, a następnie może wystąpić przez 2, 3 dni. Do miejscowych objawów należy kaszel, o ile sprawa usadowiła się w płucach. Objawy gruźlicy gruczołów limfatycznych występują wyłącznie w pierwszym i drugim roku życia. Objawów tych jest dwa: metalicznie dźwięczący lub świszczący kaszel i rzężący oddech, daleko słyszalny. Suchoty płuc u dzieci w ósmym roku życia są bardzo częste. Stłumienie w okolicy szczytu płucnego, oddech oskrzelowy i rzężenia z wielkiem prawdopodobieństwem przemawiają za gruźlicą. Rozległe nacieki w płucach są u dzieci rzadko gruźliczego pochodzenia i należy je uważać za przewlekłe zapalenie płuc. W plwocinie dzieci rzadko znajdujemy prątki gruźlicze. Dlatego też dla rozpoznania należy do plwociny dodać antyforminy i osad wstrzyknąć śwince morskiej. Surowicze zapalenie opłucnej w wieku dziecięcym jest prawie zawsze pochodzenia gruźliczego; nawet nagłe jego wystąpienie nie przemawia przeciw pochodzeniu gruźliczemu. Objawy wtórne gruźlicy zajmują u dzieci przedewszystkiem skórę. Rozmaite postacie gruźlicy skórnej oznaczamy nazwą tuberkulidów. W tkance podskórnej kończyn dolnych i twarzy zjawiają się czyraki, które, o ile występują w małej liczbie, n. p. 2, 3, przemawiają za gruźlicą, o ile zaś zjawiają się w liczbie 10—30, przemawiają przeciw gruźlicy. Rumień guzowaty ma również swoje źródło w gruźlicy. W spojówce gruźlica objawia się jako zapalenie pryszczykowe (conjunctivitis phlyctaenulosa)(?). Gruźlica kości jest bardzo częstą i występuje, jako zapalenie gruźlicze stawu biodrowego, kolanowego, kręgów i t. d. Ogniska gruźlicze w mózgu nie należą do rzadkości. Powiększenie jednego najądrza, jeżeli przytem powierzchnia jądra jest nierówna, świadczy o gruźlicy jądra. Gruźlica jelit jest stosunkowo rzadka i występuje u dzieci, dotkniętych suchotami płuc. Powiększenie gruczołów szyjnych nie przemawia za gruźlicą. Gruczoły limfatyczne pod kątem szczęki częściej ulegają zmianom gruźliczym. W przypadkach, kiedy dziecko wymiotuje, należy zawsze pomyśleć o gruźliczem zapaleniu opon, które często poprzedza nieżyt jelit.

Autor radzi nazwę zołzów zupełnie usunąć. Zołzy niegruźliczego pochodzenia podciągnąć należy pod nazwę skazy wysiękowej, a zołzy gruźliczego pochodzenia nazywać wprost gruźlicą.

Dla rozpoznania należy możliwie jak najmniej posiłkować się stosowaniem tuberkuliny. Dodatni wynik odczynu tuberkulinowego świadczy, że dany osobnik jest zakażony gruźlicą, ale nie o tem, że jest chory na gruźlicę. Jeżeli robimy próbę Pirqueta i otrzymujemy wynik ujemny, to należy po dwu dniach, nie później, wstrzyknąć $^{1}/_{10}$ mg.; jeżeli i to wstrzyknięcie da wynik ujemny, to znowu wstrzykujemy 1 mg.; jeżeli to ostatnie wstrzyknięcie da wynik ujemny, to możemy z największą pewnością powiedzieć, że badany osobnik gruźlicy niema.

Rokowanie w gruźlicy w pierwszym rzędzie zależy od wieku dziecka, w którym nastąpiło pierwsze zakażenie. Dzieci, które w pierwszym roku życia podlegają zakażeniu, umierają w 70—80% przypadków; podległe zakażeniu w drugim roku życia umierają w 15—20%; w trzecim i czwartym roku w 5—6%; zakażone w późniejszych latach umierają w 1%. Jeżeli dziecko n. p. w 3. roku życia dostaje zapalenia opłucnej, a przytem już w pierwszym roku życia podlegało zakażeniu gruźliczemu, to rokowanie u tego dziecka jest daleko gorsze, niż u dziecka, które w tymsamym roku (trzecim) na krótko przed zapaleniem opłucnej podległo zakażeniu gruźliczemu.

Zapobiedz zakażeniu można jedynie przez odosobnienie. Flaszki do spluwania dla suchotników nie zapobiegają zakażeniu. Suchotnik, rozmawiając, śmiejąc się, kaszląc, wyrzuca kropelki śliny, w których są zawieszone prątki gruźlicze. Dlatego też dzieci suchotników należy oddzielić od rodziców, szczególniej w pierwszych latach życia. W celach zapobiegawczych należy unikać i zwalczać wszystko to, co zmniejsza odporność dzieci. Dlatego też dzieci, które podległy zakażeniu gruźliczemu, należy chronić przed dostaniem odry, krztuśca, nie należy poddawać szczepieniu. Słońce, światło, powietrze, dobre odżywianie, są to czynniki, które pomagają w walce z gruźlicą.

Leczenie gruźlicy polega na stosowaniu przetworów takich, jak kreozot, gwajakol, tran; na leczeniu swoistem — stosowaniu surowicy Maragliano i Marmorka (uodpornienie bierne); w celach uodpornienia czynnego, wykonawszy próbę Pirqueta, jeżeli wypadła dodatnio, wstrzykujemy $^{1}/_{10000}$ mg. tuberkuliny Kocha i po tygodniu powtarzamy tę dawkę. O ile wynik próby Pirqueta był ujemny, to następnego dnia wstrzykujemy $^{1}/_{1000}$ mg. i dochodzimy do $^{1}/_{100}$ mg. Innemi słowy codziennie podwyższamy dawkę, aż nie otrzymamy dodatniego odczynu. Jeżeli trafimy na dawkę, która wywołuje naciek, to czekamy jeden tydzień i stosujemy dawkę tę samą, lub nieco mniejszą. Rokowanie jest tem lepsze, im mniejsza dawka wywołuje odczyn. Daleko większe znaczenie od tych środków mają jednak w leczeniu gruźlicy zabiegi fizyczno-dyetetyczne, powietrze i słońce.

Tadeusz Kon.

Carta Mulas: **Leczenie krztuśca adrenaliną.** (Gaz. degli osped. 1913 Nr 124). Autor stosował rozczyny adrenaliny (adren. hydrochloricum) 1 promilie w fizyologicznym rozczynie soli kuchennej z nieznacznym dodatkiem chlore-

tonu dla konserwowania. Pomijając już to, że wymioty i kaszel znikają, adrenalina działa przytem zapobiegawczo w ten sposób, że z otoczenia zachorowuje na krztusiec tylko 5% dzieci. Objaśnić to należy szybkiem i energicznem działaniem adrenaliny, która skraca przebieg choroby i w ten sposób zapobiega dalszemu rozszerzaniu się zakażenia. Adrenalina nie daje przytem żadnych ubocznych szkodliwych działań, a krztusiec przebiega przy jej stosowaniu bez powikłań. Szybkie ustąpienie objawów krztuśca należy objaśnić działaniem adrenaliny na nerki; ich czynność wydzielnicza wzmaga się, przyczem następuje szybsze wydzielanie toksyn, wytwarzanych przez zarazki krztuścowe. Dawka: 2—3 kropli 1‰ roczczynu adrenaliny co trzy godziny. Tadeusz Kon.

H. Czarkowski: **O stosowaniu szczepionki przeciwko płonicy w celach zapobiegawczych.** (Zdrowie Nr 11 1913). Szczepionkę przeciwpłoniczą Gabryczewskiego wprowadzono już przed siedmiu laty. Składa się ona ze zgęszczonych hodowli bulionowych kilku szczepów paciorkowców, wyhodowanych z przypadków płonicy. Hodowle, zabite przez ogrzewanie do 60° C, po dodaniu 0·5% kwasu karbolowego zagęszcza się na wirówce, a otrzymany osad rozcieńcza się fizyologicznym rozczynem soli o tyle, by 1 cm³ dawał 5 miligramów suchego osadu. Dla otrzymania silnej odporności wstrzykuje się trzy razy szczepionkę w ilości 0·5—1—1·50 cm³, co 7-10 dni. Autor stosował tę szczepionkę u 250 osób, odstępując na podstawie nabytego doświadczenia od wskazań Gabryczewskiego o tyle, że u dzieci do jednego roku stosuje obecnie 0·05 cm., u dzieci starszych i u dorosłych 0·1—0·3 cm., otrzymując mimo to silny odczyn w postaci zaczerwienienia i obrzmienia okolicy wstrzyknięcia, ogólnego niedomagania, lekkiego podniesienia ciepłoty, ale bez wpływu na nerki. Również wstrzykuje autor szczepionkę w skórę ramienia i w krótszych odstępach czasu, bo co 2—3 dni. Mocz osoby szczepionej bada C. aż do wyzdrowienia osoby chorej na płonicę, a będącej w tem samem mieszkaniu. Ponieważ według Gabryczewskiego odporność trwa około 2 lat, przeto C. radzi wstrzykiwać po tym okresie powtórnie, jak to wykonał u swych dzieci, narażonych ciągle na zakażenie. W obecnej epidemii ma C. wyniki pomyślne. Wogóle na 201 osób szczepionych i kontrolowanych, różnego wieku, nie uległo płonicy 189, podczas gdy w tych rodzinach leczył C. przeszło 50 osób z ciężką płonicą; 11 osób mimo szczepień zachorowało na płonicę i to po I szczepieniu czworo dzieci, po II dwoje dzieci, po III pięcioro. U dwojga trzy razy szczepionych nastąpiło zachorowanie w $5^1/_2$ tygodnia i $1^1/_2$ roku, u pozostałych w ciągu 2 tygodni, u wszystkich jednak choroba miała przebieg łagodny. Ten wynik przypisuje C. szczepionkom, gdyż w ten sposób 92% osób szczepionych uchroniło się choroby, gdy zwykle zapada na płonicę połowa, lub przeszło połowa osób nie odosobnionych. Do tego była to pora zimna, deszczowa, a warunki higieniczne w mieszkaniach bardzo liche. Tak więc szczepionka Gabryczewskiego, jak stwierdził C., nie wywiera wpływu szkodliwego, zapobiega zakażeniu płonicą, o ile wcześnie została zastosowana i łagodzi przebieg tej ciężkiej choroby. Należy ją polecić tam, gdzie nie można odosobnić dzieci, które jeszcze płonicy nie przechodziły, oraz do gromadnych szczepień w szkołach, fabrykach, ochronkach, a zabieg ten, łatwy i bezpieczny, powtarzany w razie potrzeby co dwa lata, powinien zmniejszyć znacznie śmiertelność i ilość przypadków płonicy. Dr St. Gólski.

Higiena.

(Z posiedzeń referatowych lekarzy miejskich w Krakowie).

Inż. Alfons Kühn: **Sprawa oświetlenia miast elektrycznością.** (Zdrowie, 1913, Nr 10). Oświetlenie miast należy obecnie do tych niezbędnych potrzeb, które są w ścisłym związku z rozwojem miast, z ich potrzebami kulturalnemi, ekonomicznemi i sanitarnemi. Elektryczność stawia u nas w zakresie oświetlenia niemal pierwsze kroki. A jest to bezsprzecznie najhigieniczniejszy rodzaj światła. Koszt zbudowania elektrowni i sieci przewodów zależy od wielu czynników, jak charakteru miasta, uprzemysłowienia, zaludnienia. W miastach o zaludnieniu do 3000 mieszkańców wynosi około 20.000 rb., powyżej oczywiście wzrasta, a przy ludności ponad 40.000 wypada 4—8 rb. na każdego mieszkańca. Koszt oświetlenia ulic także jest względny, średnio jednak, licząc na kilometr długości ulic, wynosi do 3.000 mieszkańców po 365 rb., przy 40.000 mieszkańców dosięga 725 rb. Oświetlenie elektryczne daje również korzyści miastu ze sprzedaży energii elektrycznej i podnosi zdolność podatkową ludności wskutek podniesienia przemysłu. Nadto miasto może siłę tę użytkować do pędzenia tramwajów, pomp wodociągu, przez co już może z mniejszym nakładem prowadzić inne przedsiębiorstwa miejskie. Oświetlenie elektryczne jest droższe od gazowego i naftowo-żarowego, tańsze jednak od zwykłego naftowego. Zaletą oświetlenia elektrycznego jest możność rozdrabniania go do małych jednostek i w ten sposób lepszego wyzyskania tego oświetlenia, bardziej równomiernego niż inne. Koszt urządzeń jest wyższy, niż koszt innego rodzaju oświetlenia, a także przy produkcyi energii świetlnej nie uzyskuje się tyleż produktów pobocznych, jak przy gazie; ale też żaden rodzaj energii nie nadaje się tak do silników, jak elektryczność. Dr St. Gólski.

Prof. W. Jacuński: **Oświetlenie miast gazem.** (Zdrowie, 1913, Nr 10). Oświetlenie gazem nie rozpowszechniło się dotąd po naszych miastach i miasteczkach, choć daje mnogie korzyści. Dobre oświetlenie ulic powiększa bezpieczeństwo publiczne, polepsza warunki higieniczne, bo znika kopeć, dym, kurz, dostarcza łatwej energii dla celów domowych i przemysłu, przez co wytwórczość tanieje, doskonali się i upraszcza. W codziennem życiu zapewnia gaz wygodę, oszczędność i czystość. Sporządzanie strawy na gazie trwa krócej, mięso jest soczystsze, mniej traci na wadze, niż smażone na zwykłym ogniu. Koszt jest mniejszy, niż przy użyciu węgla, czego dowodem, że w Anglii nawet najuboższe rodziny używają gazu, dalej powszechnie restauracye, hotele. Odpada tu potrzeba licznej służby, a postępowanie z gazem jest proste. Kąpiel na gazie można przyrządzić wygodnie za 10 minut i bardzo tanio. Motor gazowy zawsze jest zdolny do użycia, zajmuje mało miejsca. Koszt budowy gazowni zależy od rozmaitych czynników, od odległości miasta od kolei, rzeki spławnej, ceny placów, budowy. od przypuszczalnego zapotrzebowania gazu; w przybliżeniu dla miast o 3.000 mieszkańców wynosi 25.000 rb., rośnie stopniowo z liczbą mieszkańców, a przy 40.000 wynosi 250.000 rb. Dlatego trudno też obliczyć koszt oświetlenia ulic na wiorsty. W Warszawie kosztuje oświetlenie jednej wiorsty 940 rb. rocznie. Korzyści z odpadków przy fabrykacyi gazu są znaczne. Z energii węgla, przerobionego na gaz, pozostaje w samym gazie 20%, w koksie 4%, w smole gazowej 5%, czego w żaden sposób nie można uzyskać przy innym sposobie przetwarzania energii węgla. Oświetlenie gazem jest wszędzie tańsze od elektrycznego, z wyjątkiem tych miejscowości, gdzie siły wody służą do wytworzenia energii elektrycznej. Przez zastososowanie siatki żarowej otrzymujemy światło najwięcej zbliżone do dziennego i silne. Palnik bunsenowski z siatką Auera dostarcza światła o sile 70—90 świec normalnych, a koszt wynosi 1 kopiejkę na godzinę. Światło jest równe, spokojne, nie wpływa ujemnie na wzrok. Lampy uliczne, z gazem pod ciśnieniem, mają 2000 świec normalnych, co sprawia, że największe miasta Europy, Londyn, Paryż, Berlin, powiększają stale gazowe oświetlenie uliczne. Produkty spalenia gazu, jak dwutlenek węgla i w minimalnej ilości połączenia siarki, zużytkowują obecnie, jako gaz gorący do równoczesnego poruszania wentylatorów, usuwających nietylko te gazy, ale i gazy powstające jako produkt życia ludzkiego. Motory gazowe budują obecnie o nieograniczonej prawie sile, a doświadczenie wykazało, że budowa elek-

trowni nie zabija gazowni, owszem w miastach niektórych obok elektrowni budują następnie i gazownie, jak to zrobiono np. w Sobotach. Dr St. Gólski.

Inż. E. Krzemiński: **Oświetlenie miast naftą.** (Zdrowie, 1913, Nr 10). Dobre oświetlenie można osiągnąć bez dużych kosztów, przez zastosowanie oświetlenia naftowo-żarowego, a więc lamp, przetwarzajacych naftę na gaz przy użyciu siatek Auera. Odpowiednie to dla miast, nie rozporządzających dużymi funduszami, a przecież chcących rozprószyć ciemności nocy i jakoś uchronić mieszkańców przed następstwami biedy i zaniedbania ulic, dążąc do polepszenia bezpieczeństwa publicznego, przedłużenia ruchu handlowego na mieście, uchronienia miasta od zanieczyszczeń. Światło naftowo-żarowe jest zupełnie nieszkodliwe dla życia zwierząt i roślin, gdyż spalanie się gazu naftowego w tych lampach jest zupełne, przez co stosowne jest ono również i w szpitalach, szkołach, mieszkaniach. Przy tem oświetleniu brak natomiast korzyści z siły popędowej innych systemów oświetlenia. Koszt oświetlenia ulic lampami naftowo-żarowemi bez ciśnienia i samozapalającemi się wynosi w miasteczkach do 5.000 mieszkańców, licząc 8—10 lamp, o sile 1.000 świec każda, 1100—1300 rb. rocznie, powyżej 40.000 mieszkańców należy liczyć za każdą lampę o sile 1000 świec, z całem urządzeniem, 120—130 rb. Przy większej ilości lamp wchodzi w rachubę i płaca służby, co wynosi koszt utrzymania przez rok przy 7 lampach 601 rb., przy 40 lampach 3496 rb. Zalety tego światła są następujące: zbędność dużego nakładu administracyi i służby, niezależność lampy od centrali, od specyalistów, taniość zaprowadzenia oświetlenia. Nie dają one jednak ani siły, ani ciepła dla celów technicznych. Dr St. Gólski.

Zapiski lecznicze, nowe leki, sposoby i narzędzia.

Nowe środki. 1) Adolan, waselina z domieszką kamfory, mentolu, salicylu i t. d. 2) Belarin, syrupus kal. sulphoguajacol. 3) Bilosin, pigułki zawierające oleinian sodowy, sole litowe i rzewień. 4) Biofungin, nalewka żelaza z solami fizyologicznemi. 5) Depurose, czyste, suche drożdże. 6) Digipoten, przetwór naparstnicy. 7) Diogenal, związek pochodny od weronalu, ale mniej trujący. 8) Doriform, zasypka w miejsce jodoformu, składająca się z bizmutu i tetrapyrokatechiny. 9) Euthalattin przeciwko morskiej chorobie, kombinacya kofeiny, kamfory i teobrominy. 10) Faexase, preparat z drożdży. 11) Środek przeciwgruźliczy Friedmanna, wytwarzany z prątków gruźlicy żółwiej, do wstrzykiwań. 12) Hypamin, wyciąg z przysadki mózgowej. 13) Laxinol, przetwór fenolftaleiny. 14) Nasanal, maść na katar, zawiera mentol, alsol, perhydrol, cynkwasogen i t. d. 15) Merlussan, przetwór rtęciowy do leczenia wewnętrznego kiły. 16) Riopan, przetwór wymiotnicy. 17) Sanativ, zawiera kwas cytrynowy, żelazo, mentol i t. p. 18) Testijodyl, przetwór jodowo-żelazisty. 19) Tysabenal zawiera tymol, salicyl i będźwinian sodowy. 20) Wellinal, mieszanina olejków: miętowego, cyprysowego i sosnowego do wdychiwania przy krztuścu. K.

Cymaryna, przetwór zastępujący naparstnicę, okazuje się według Allarda (Deutsche med. Woch. 1913, s. 782) środkiem szybko działającym, który może być użyty nawet wtedy, gdy naparstnica już nie działa. Prócz tego działa cymaryna tak silnie moczopędnie, że nie potrzeba stosować innych środków moczopędnych. Środek ten, którego dawki lecznicze i toksyczne dość są od siebie odległe, może być stosowany wewnętrznie lub dożylnie. N.

Mentospiryna, związek kwasu acetylo-salicylowego z mentolem, w postaci gęstego płynu, sprzedaje się w kapsułkach żelatynowych. Loewenheim (Med. Klin. 1913, s. 751) zaleca go w ostrych i przewlekłych nieżytach ucha, gardła i t. p. N.

Embaryna według Sowadea (Deut. med. Woch. 1913, s. 932), jest dobrym środkiem przeciwkiłowym: wstrzykiwania tego środka przy zachowaniu właściwej techniki są niebolesne. W przeciągu 3—4 tygodni można z pomocą tego środka przeprowadzić energiczne leczenie rtęciowe; tylko gdy wystąpią gwałtowne objawy uboczne, należy zaprzestać stosowania tego środka. N.

Antyluetyna Pod tą nazwą poleca Tsuzuki (Deut. med. Woch. 1913, s. 985) przetwór antymonowy do leczenia kiły (Ditartratokalium-ammonium-antimonoxyd). Zabójcze działanie jego na krętki blade stwierdzono w doświadczeniach na zwierzętach. W związku z temi badaniami donosi autor, wspólnie z Ichibagase, Hagashi i Htano (Deut. med. Woch. 1913, s. 988) o leczniczem działaniu tego środka u ludzi. Skuteczna dawka antyluetyny, użyta jako »therapia sterilisans magna«, wynosi 0.075 gr. Lek ten stosuje się drogą wstrzykiwań podskórnych między łopatki. Racyonalne jest też »leczenie etapowe«, zaczynające się od dawki 0.025 do 005 i wyżej. N.

Artigon, wielowartościowa szczepionka przeciwwiewiórowa, daje w leczeniu spraw wiewiórowych cewki, stosowana w postaci wstrzykiwań dożylnych, tak dobre wyniki, iż podobno nie potrzeba stosować miejscowego leczenia. (Bruck i Sommer. Münch. med. Woch. 1913, s. 1185). N.

Kollargol w zakażeniu ogólnem stosował Wolf (Deut. med. Woch. 1913, s. 944) z bardzo dobrym wynikiem. Z początkiem, gdy wstrzykiwania dożylne kolargolu nie odnosiły wyniku, zastosował go autor w lawatywie (w ilości 3 gr.). Stosując go w dalszym ciągu w ten sposób, doprowadził do tego, iż chory wyzdrowiał zupełnie. N.

Istizin, nowy dobry środek przeczyszczający; według Ebsteina (Med. Klin. 1913, s. 709) jest to dioksyanthrachinon; tworzy blaszki pomarańczowe, słabo w wodzie rozpuszczalne. Podaje się go w ilości 0·3—0·45 gr. (czyli 1—1$^1/_2$ tabletki). Działanie następuje po 10—12 godzinach; działania ubocznego lub przyzwyczajenia się do leku nie spostrzegano. Istizin może być stosowany w różnych postaciach zaparcia stolca. N.

Tuberkulomucyna Welemińskiego (Wien kl. Woch. 1913, 40) posiada według Götzla własności swoistego działania na gruźlicę, które może odnieść należy do zawartej w niej mucyny. Przy właściwym doborze przypadków oraz dobrej metodyce stosowania może być tuberkulomucyna uważana zdaniem G. w leczeniu gruźlicy za czynnik swoisty. Pomyślne wyniki stwierdza się nawet w ciężkich przypadkach gruźlicy płuc, dalej w gruźlicy kości i oka. N.

Jodtuberkulinę (tuberkulojodynę) Rotschilda uważa sam autor (Med. Klin. 1913, 36) za racyonalną kombinacyę w pojęciu chemoterapii Ehrlicha i zaleca do stosowania w gruźlicy ludzkiej. N.

Kalium-Ichthiol zaleca Schütze (Med. Klin. 1913, 37) w gruźlicy płuc; lek ten stosuje S. w postaci wstrzykiwań śródmięśniowych w pośladki u dorosłych w ilości 5 cm^3 5% rozczynu wyjałowionego, u dzieci zaś poniżej lat 10 w ilości 2·5 cm^3. N.

Styrakol, nowy związek gwajakolu z kwasem cynamonowym, ma działać swoiście w gruźlicy płuc. Według Mühsama (Ther. d. Geg. 1913, 10) chorzy chętnie biorą ten lek, który wkrótce sprowadza apetyt oraz zmniejsza ilość plwociny i rozluźnia ją; do nieprzyjemnego posmaku kreozotowego można się przyzwyczaić. N.

Sanigen, przetwór odżywczy, zawierający około 80% czystego białka mlecznego, z powodu znacznej zawartości fosforanu sodowo-glicerynowego działa korzystnie. Podawać go można chorym w każdym wieku, nawet oseskom; przed podaniem w mleku, herbacie, kawie lub zupie za-

leca się rozrobić go wodą, by uniknąć tworzenia się grudek. Według Rosnera (Wien. med. Woch. 1913, 29) sanigen jest przetworem, zastępującym dobrze przetwory kazeinowe, podnieca apetyt, podnosi stan odżywienia i wagę ciała. Wskazania: gruźlica, stany osłabienia, brak apetytu, przypadłości żołądkowo-jelitowe i u ozdrowieńców po operacyach lub chorobach gorączkowych. N.

Jod w moczu wykrywa się według Ehrmanna (Berl. kl. Woch. 1913, 30) w następujący sposób. Do próbówki, zawierającej 2 cm^3 moczu, dodaje się 0.5—1 cm^3 kwasu solnego (offic. lub dilut.) i około 0·5 3% perhydrolu lub rozczynu sześciochlorku żelaza. Wywiązuje się wtedy jod, który wyciąga się przez wstrząsanie z dodanym następowo 1 cm^3 toluolu lub chloroformu. Toluol zabarwia się na czerwono, chloroform na ciemno-czerwono. N.

W błonicy przed zamierzoną tracheotomią nie należy już próbować wstrzykiwania surowicy, bo często potem oddech się jeszcze pogarsza, lecz wstrzyknięcie, jak radzi Berwald, należy wykonać dopiero po operacyi. (Wien. kl. th. Woch. 1913, 34). K.

Białkomocz u dzieci szkolnych badał Bugge w Chrystyanii. Zbadał on szczegółowo i kilkakrotnie mocze 550 chłopców i 526 dziewcząt ze szkół w wieku od 7—16 lat. Białko znalazł u 14·9%, i to u 21·1% dziewcząt, a 8·9% chłopców, co B. odnosi do białkomoczu ortostatycznego. Częstość białkomocz zwiększa się z wiekiem dzieci szkolnych. Stałe wygięcie kręgosłupa ku przodowi niezawsze musi powodować białkomocz, jak to twierdzi Jehll, białko zjawia się często, gdy dzieci umieścimy przez 10 minut w pozycyi silnego takiego wygięcia. Forsowna gra w piłkę nożną i gimnastyka w sali niemal u $^1/_5$ zdrowych dzieci wywołuje przemijający białkomocz, a nawet i wałeczki, zwłaszcza jeśli istnieje stałe wygięcie kręgosłupa ku przodowi. Przy stałym białkomoczu gimnastyka zwiększa go i często wywołuje pojawienie się wałeczków. Klęsk.

Sprawy Towarzystw naukowych

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z d. 21. I 1914.

Obecnych 82 członków. Przewodniczy kol. Kader.

1. Odczytano i przyjęto protokół z poprzedniego posiedzenia.

2. Jednomyślnie przyjęto jako członka Towarzystwa Dra Maryana Gieszczykiewicza.

3. Przyjęto jednomyślnie wniosek prezesa, by Towarzystwo wysłało adres Doc. Dr. Noiszewskiemu z Petersburga z powodu jego 25-letniej pracy lekarskiej.

4. Kol. Borzęcki przedstawił chorego z **ograniczonym świądem nerwowym na tle kiłowem,** którego przedstawiał już poprzednio w Towarzystwie. Obecnie świąd, po zastosowaniu leczenia swoistego przeciwkiłowego, ustąpił.

Kol. Landau podaje kilka szczegółów, odnoszących się do przebiegu i rozpoznania choroby, ponieważ zna chorego od kilku lat i miał niejednokrotnie sposobność badać go na klinice chorób nerwowych. Rozpoznanie nie nasuwa w tym przypadku żadnych trudności, wobec zupełnie pewnego zakażenia kiłowego w 20. r. ż. chorego i wobec bardzo charakterystycznego przebiegu choroby. I tak w 2 lata po zakażeniu się kiłą, leczoną tylko miejscowo, opadła nagle powieka oka lewego (ptosis) i chory zaczął widzieć podwójnie. W 4 tygodnie potem zmiany te znowu ustąpiły, a to po 4 wstrzyknięciach rtęciowych. W 30. roku życia, t. j. w 8 lat potem, nastąpiło nagłe opadnięcie powieki prawej i znowu podwójne widzenie z zawrotami głowy, a przeprowadzone wówczas badanie wykazało zupełną oftalmoplegię oka prawego i irydoplegię na oku lewem. Mimo leczenia przeciwkiłowego polepszenie nie nastąpiło. W 32. r. ż. dołączyła się do oftalmoplegii oka prawego znowu oftalmoplegia zupełna i na oku lewem. W 3 miesiące potem znowu poprawa na oku lewem, a obecnie w 34. r. ż. chorego stwierdzić jeszcze można poza zmianami w zakresie nerwu trójdzielnego lewego, o których wspomniał już kol. Prym. Borzęcki, utrzymującą się i nadal oftalmoplegię oka prawego, obok częściowego niedowładu w zakresie nerwu okoruchowego lewego. Rozpoznanie kliniczne: meningitis basilaris luetica.

W dyskusyi nad tym przypadkiem zabierają jeszcze głos kol. Rydel i Blassberg. Kol. Rydel przypuszcza przyczynę świądu w zmianach w zakończeniach nerwów czuciowych.

5. Kol. Kostanecki przedstawia preparat **wyrostka robaczkowego** długości 18 cm, który leżał podwinięty pod jelito ślepe, w dolnej swojej części śródotrzewnie, w górnej zewnątrzotrzewnie, i tłomaczy rozwojowo tego rodzaju położenie wyrostka.

W dyskusyi kol. Gliński zaznacza, że zmiany zapalne w wyrostku robaczkowym tak długim i sięgającym końcem swoim prawie do wątroby mogą dać powód do błędów dyagnostycznych.

6. Kol. Rosner przedstawia chorą, operowaną z powodu **pęknięcia macicy ciężarnej**, oraz pokazuje macicę, wyjętą drogą operacyjną u tej chorej: Chora 37-letnia zgłosiła się na klinikę w okresie ostrej niedokrwistości. W wywiadach podaje, że rodziła 9 razy na czasie siłami natury, roniła 3 razy, połogi prawidłowe. Ostatnią miesiączkę miała w pierwszych dniach maja 1913. Przebieg obecnej ciąży prawidłowy. 29. XII 1913 o g. 11. w południe, siedząc zupełnie spokojnie, poczuła nagle osłabienie i zaczęło się jej ćmić przed oczami, przestała również odczuwać ruchy płodu. Na klinice rozpoznano pęknięcie macicy ciężarnej, ciężką niedokrwistość, płód nieżywy, wolno leżący w brzuchu. 30. XII o 11 w nocy wykonano zabieg operacyjny, otwarto jamę brzuszną i znaleziono bardzo dużą ilość krwi płynnej. Płód w utrzymanym pęcherzu płodowym wraz z łożyskiem leży w jamie brzusznej, zwrócony główką ku dołowi; macica zupełnie skurczona, odsunięta na prawo. Po usunięciu jaja płodowego stwierdzono, że macica po stronie lewej od szyi aż do dna rozerwana, a przydatki lewostronne leżą w zupełności od macicy oderwane. Macicę usunięto, amputując ją w obrębie szyjki, a jamę brzuszną wysetonowano. Chora zupełnie zdrowa opuściła klinikę. Prelegent tłomaczy to spontaniczne pęknięcie macicy bez wyraźnego bólu wadami w dystrakcyi mięśnia, które zdaniem jego wystarczają w braku innej przyczyny do wytłomaczenia pęknięcia.

W dyskusyi kol. Browicz zapytuje prelegenta, czy mięsień maciczny był badany histologicznie i przypuszcza, że tylko zmiany anatomiczne mogły dać powód do tego rodzaju pęknięcia. — Kol. Ciechanowski zapytuje, czy w danym przypadku pęknięcie macicy nie mogło było nastąpić wcześniej, czy więc w wywiadach chora nie podawała zjawienia się bólu w jamie brzusznej. — Kol. Kostanecki jest tego zdania, że jednak nawet bez zmian anatomicznych mogło przyjść do rozstąpienia się włókien mięsnych. — Kol. Rosner w odpowiedzi kol. Browiczowi podaje, że mięsień maciczny będzie dokładnie zbadany histologicznie, oraz kol. Ciechanowskiemu, że w wywiadach najmniejszej wzmianki o nagłym bólu w jamie brzusznej w danym przypadku nie było.

7. Kol. Talko-Hryncewicz wygłosił wykład: **Antropologia i jej stosunek do medycyny** (drukowany w »Przeglądzie lekarskim« 1914, Nr 11).

Sekretarz: Dr K. Jaworski.

Towarzystwo lekarzy gubernii lubelskiej.

Posiedzenie zwyczajne d. 4. IX. 1913.

Przewodniczący K. Rotkel, sekretarz W. Jasiński; obecnych 17 członków.

1. A. Żebrowski przedstawia 18-letnią dziewczynę z okolic Janowa lub. z **twardzielą nosa.** Ż. zwraca uwagę na częstość występowania twardzieli w ziemi lubelskiej; zamierza zbadać tę sprawę bliżej i przedstawić dane, zebrane zapomocą ankiety. — W dyskusyi biorą udział Majewski, Borsukiewicz, Dobrucki i Stano.

2. S. Dobrucki pokazuje 4 preparaty, uzyskane drogą operacyi: **pęcherzyk żółciowy, wyrostek robaczkowy, gruźlicę najądrza,** oraz przypadek, rozpoznany, jako guz jelita, a będący w istocie **wgłobieniem przewlekłem.**

3. Cz. Czerwiński przedstawia preparat **ciąży zewnątrzmacicznej.** Prawy jajowód pęknięty tuż przy rogu macicy. Przypadek dotyczy 28-letniej wieloródki, zawsze poprzednio zdrowej. Zatrzymanie miesiączki od 6 tygodni; nagły napad bolów brzucha z wymiotami i omdleniem. W 2 godziny po tym napadzie chora zgłosiła się do Cz. i w poczekalni napad powtórzył się. Chorą przeniesiono na noszach do szpitala i natychmiast dokonano operacyi. W jamie brzusznej znaleziono płynną krew, w zatoce Douglasa nieliczne skrzepy, jaja płodowego nie znaleziono. Jajowód podwiązano i usunięto, róg macicy okłuto. (Streszczenie własne).

4. Cz. Czerwiński pokazuje preparat **złośliwego nowotworu macicy.** Macica, usunięta wraz z jajowodami i jajnikami, ma wielkość 3-miesięcznej macicy ciężarnej, twarde ściany. Nowotwór wychodzi z tylnej ściany, ma chropawą powierzchnię, wielkość jaja kurzego i jest niezmiernie twardy (nie da się przeciąć nożem), co — jak się okazuje — zależne jest od inkrustacyi solami. (Streszczenie własne).

5. Sekretarz zawiadamia, że Towarzystwo otrzymało pozwolenie na urządzenie w Lublinie Zjazdu lekarzy prowincyonalnych.

6. Przewodniczący oznajmia, że godności, do której go powołano w jego nieobecności, przyjąć nie może i prosi o zarządzenie ponownych wyborów. Inni członkowie Zarządu składają razem mandaty, proponując ponowne wybory całego Zarządu.

12. IX. dokonano wyborów, powołując na przewodniczącego S. Dobruckiego, na zastępcę przewodniczącego Cz. Czerwińskiego, na sekretarza W. Jasińskiego, na skarbnika A. Staniszewskiego, na bibliotekarza K. Rotkela.

Posiedzenie zwyczajne d. 4. X. 1913.

Przewodniczący S. Dobrucki, sekretarz W. Jasiński; obecnych 20 członków, 6 gości.

1. A. Majewski przedstawił **pęcherzyk żółciowy,** usunięty z powodu kamicy.

2. M. Arnsztajn streścił wrażenia swoje z wycieczki na międzynarodowy Zjazd lekarzy w Londynie (w sierpniu 1913). — W dyskusyi Dobrucki dodał swoje spostrzeżenia co do stanu chirurgii w Anglii na zasadzie wycieczki w sierpniu 1913.

3. Cz. Czerwiński zagaja dyskusyę w sprawie kodeksu deontologii lekarskiej, proponując jego opracowanie i zatwierdzenie na Zjeździe lekarzy prowincyonalnych. — Po dłuższej dyskusyi uproszono kol. Czerwińskiego, by z pomocą dobranych kolegów projekt wypracował i przedstawił na jednem z posiedzeń Towarzystwa.

4. Sekretarz zdaje sprawę z działalności komitetu organizacyjnego II. Zjazdu lekarzy prowincyonalnych. Dokonano wyborów uzupełniających do komitetu, powołując Cynberga, Jaworskiego i Rogozińskiego.

Posiedzenie zwyczajne d. 4. XI. 1913.

Przewodniczący S. Dobrucki, sekretarz (zastępca) B. Dziemski; obecnych 14 członków, 3 gości.

1. W. Erlichówna przedstawia chorego z objawami **wybroczyny śródrdzeniowej** (haematomyelia) **po urazie.**

2. M. Arnsztajn opracował podobny przypadek (**wybroczyny śródrdzeniowej**) z praktyki własnej: 6-letnia J. H. zachorowała na odrę o charakterze krwotocznym 24/II. Przebieg nie był zbyt ciężki; 27/II i 28/II zupełny stan bezgorączkowy. — 1/III nagle wymioty, bóle brzucha, zapad, ciepłota 40°. — W ciągu kilku dni wysoka gorączka, poczem zauważono: porażenie poprzeczne (paraplegia inferior), brak odruchów kolanowych, objaw Babińskiego dodatni, zmniejszenie czucia, oddawanie moczu pod siebie lub niemożność oddania (kateteryzacya). Objawy porażenia poprzecznego i zaburzenia w oddawaniu moczu (jednoczesne powikłanie zapaleniem miedniczek nerkowych i pęcherza o ciężkim przebiegu) trwały do początków kwietnia: 9/IV zaczęła chora poruszać nóżkami. — Przypadek ten zasługuje na uwagę, jako rzadki; brak wzmianki o podobnych powikłaniach u Baginskyego, Henocha i Mohra. — Za wybroczyną śródrdzeniową przemawia wysoka ciepłota przy objawach zapadu i wymiotach. W przypadkach wybroczyn śródrdzeniowych po urazach stwierdzano ciepłotę 42—43. Zejście pomyślne przemawia także za wybroczyną śródrdzeniową; w razie wylewu do opon krwiak byłby duży i wywołałby zapewne trwałe porażenie. — Wybroczyna nastąpiła prawdopodobnie w części lędźwiowej. (Wedł. własnego streszczenia).

3. Dobrucki przedstawia dwa preparaty **wyrostka robaczkowego** i **zawęźlenia kątnicy** (volvulus caeci).

4. Majewski pokazuje fotografię i preparat **rogu skórnego** napletka (cornu cutaneum praeputii penis).

5. F. Klarner odczytał referat: **O gruczołach z wydzielaniem wewnętrznem.** — W dyskusyi wzięli udział Arnsztajn, Borsukiewicz, Czerwiński, Dobrucki, Dziemski, Majewski i prelegent.

Posiedzenie d. 4. XII. 1913.

Przewodniczący Czerwiński, sekretarz Jasiński; obecnych 8 członków, 4 gości.

1. J. Skibiński wspólnie z W. Jasińskim przedstawiają 13-letniego chłopca z rozpoznaniem **gruźlicy spojówki oka.** W wydzielinie worka i w cząstkach, otrzymanych zapomocą skrobania, prątków gruźliczych nie wykryto, owrzodzenie i rozrosty mają jednak charakterystyczny wygląd, łagodny przebieg. U chłopca stwierdza się prócz tego gruźliczą przetokę gruczołu w okolicy zewnętrznego przewodu słuchowego i powiększenie gruczołu za żuchwą; odczyn Pirqueta wybitny, w płucach zmian niema. Zachęceni dobrym wynikiem, otrzymanym w podobnym przypadku przez Noiszewskiego i Grodeckiego, S. i J. mają zamiar leczyć chorego w szpitalu dla dzieci tuberkuliną. (Streszczenie własne).

2. Cz. Czerwiński przedstawia preparat **wielokomorowych torbieli jajników**: prawy wielkości główki noworodka, lewy — cytryny; guzy z trudnością wyłuszczono z pośród zrostów otrzewnych. Przypadek ten zasługuje na uwagę także z tego względu, że długi i trudny technicznie zabieg dokonany został w znieczuleniu lędźwiowo-rdzeniowem, chorą tę bowiem przed 2-miesiącami próbowano usypiać chloroformem i eterem, lecz przy pierwszych kroplach występowały silne objawy zatrucia; znieczulenie lędźwiowe wówczas również zawiodło (wstrzyknięto 0,05 tropakokainy z rurki Gessnera), nie otrzymano bowiem w ciągu $^1/_2$ godziny zniesienia bólu. Obecnie wstrzyknięto 0,07 tropakokainy (roczyn przygotowano »ex tempore«) i po 15 minutach wystąpiło całkowite porażenie i znieczulenie; zabieg, trwający $1^1/_2$ godziny, przebiegał bez odczynu ze strony chorej. (Streszczenie własne).

3. Dyrektor Tow. akc. »Motor« z Warszawy przedstawił środki lekarskie wyrobu tej krajowej fabryki przetworów chemicznych.

4. W poczet członków przyjęto kol. P. Jankowskiego z Lublina.

Wacław Jasiński.

Związek polski lekarzy i przyrodników w Petersburgu.

XXIV. ogólne doroczne naukowo-administracyjne posiedzenie w dniu 25 stycznia (7 lutego) 1913 r.

Obecnych osób: — członków 30, gości 16. Przewodniczy prezes Prof. Ziemacki. Z powodu nieobecności sekretarza naukowego Doc. Dra Sowińskiego nie odczytano protokołu z dnia 7 (20) grudnia 1912 r. Na zastępcę sekretarza zaproszono p. T. Łypaczewskiego.

I. Prezes Prof. Ziemacki otwiera dyskusyę z powodu odczytu Dra Adama Huszczy **o chorobach kesonowych,** który został wygłoszony na ostatniem posiedzeniu ogólnem.

a) Doc. Dr Noiszewski zapytuje prelegenta, czy zauważono działanie ujemne na wzrok u pracujących w kesonach. — b) Prelegent: Tego rodzaju skarg nie było. — c) Prof. Zaleski zapytuje prelegenta, czy stosowano lub obecnie stosują sposoby angielskie i niemieckie.

Na wniosek Prof. Zaleskiego uchwalono, aby członkowie, w miarę możności, wzięli udział przy powtórzeniu tego odczytu w posiedzeniu »Rosyjskiego Towarzystwa ochrony zdrowia«, mającem się odbyć d. 30 stycznia st. st. r. b.

II. Ks. Prof. Dr Stanisław Trzeciak: **O zdrojowiskach galicyjskich** (z obrazami niknącymi). Na wstępie przedstawił mówca stopniowy rozwój zdrojowisk w Galicyi, podał skład chemiczny, własności fizyczne wód, warunki klimatyczne, co wszystko najwymowniej świadczy o konieczności eksploatowania tych wód. W dalszym ciągu porównuje prelegent źródła polskie i wogóle słowiańskie z zagranicznemi, dochodzi do wniosku, że niema najmniejszej potrzeby uciekania się do niemieckich »badów« i wzywa obecnych, aby popierali zdrojowiska i uzdrowiska polskie. Prócz tego przytoczył mówca szereg danych historyczno-archeologicznych, posiłkując się przeważnie Pliniuszem. (Odczyt objaśniały udatne obrazy niknące).

Dyskusya: a) Inż. Kotarski porusza lecznicze własności zdrojowisk galicyjskich i wyraża życzenie, aby i nasi lekarze mogli tam praktykować tak, jak się to dzieje w Karlsbadzie, — b) Doc. Dr Noiszewski zaznacza, że dzięki Chałubińskiemu powstało Zakopane, dzięki Tarnawskiemu – Kosśów i wyraża życzenie, aby jaknajwięcej było takich jednostek, bo tylko jednostki działały, działają i działać będą. — c) Prof. Zaleski zaznacza, iż źródła galicyjskie są bardzo silne z punktu chemicznego, a tem samem skutecznie działają przy zastosowaniu. — d) Prelegent ofiarowuje do biblioteki »Związku« broszury o zdrojach.

Prezes w imieniu Zgromadzenia składa serdeczne podziękowanie prelegentowi za ciekawy odczyt, również dziękuje Dr Hattowskiemu za współudział przy reprodukcyi obrazów niknących i proponuje, by zwrócić się do redakcyi pisma »Nasze Zdroje« z prośbą o przysyłanie do biblioteki »Związku«.

III. Doc. Dr Noiszewski wygłosił wykład: **Wstęp do nauki o czuciu.** (Rzecz ma być drukowana w całości w »Dzienniku petersburskim«).

W Dyskusyi brali udział: p. Dryjski i Ks. Prof. Trzeciak.

Część administracyjna.

1) Odczytanie sprawozdań dorocznych.

a) Sprawozdanie sekretarza działu naukowego ogólnych posiedzeń »Związku« i Wydziału lekarskiego, Doc. Dra Sowińskiego.

Rok ubiegły był piątym rokiem istnienia »Związku«, a dwunastym wogóle od początku naszego Towarzystwa. Posiedzeń naukowych ogólnych i lekarskich było razem 11, z nich 1 doroczne naukowo-administracyjne, 6 przypada na Wydział lekarski, 1 uroczyste ogólne naukowe dla uczczenia zasług i pamięci zgasłego członka zasłuż. Prof. Dr Jana Ptaszyckiego, a 3 pozostałe ogólne naukowo-administracyjne. Średnio uczęszczało na posiedzenia ogólne naukowe »Związku« 72, na posiedzenia Wydziału lekarskiego 42. Liczby te w roku zeszłym wynosiły 74 i 28. W dyskusyach nad odczytami brało udział 13 osób.

Wygłoszono 24 odczyty, o 8 więcej niż w roku 1911, z tych na posiedzenia ogólno-naukowe przypada 14, na posiedzenia Wydziału lekarskiego 10. Odczyty te w porządku chronologicznym były następujące: 1) Prof. Zaleski: Wrażenia z letniej wycieczki naukowej w r. 1911. 2) Inż. górn. Kotarski: O II. wszechrosyjskim Zjeździe pracowników w dziedzinie geologii stosowanej. 3) Dr Sz. Dzierzgowski: W sprawie powstawania przeciwbłoniczej antytoksyny u koni w warunkach ich życia naturalnego. 4) Dr Stan. Ostrowski: Przyczynek do urobilinuryi i urobilinogenuryi u osesków. 5) Prof. Ziemacki: Pokaz chorej po operacyi. 6) Dr Sz. Dzierzgowski: W sprawie ochronnych szczepionek. 7) Dr L. Jastrzębski: W sprawie najnowszych sposobów rozpoznawania skazy moczanowej. 8) Dr Zdanowicz: Przypadek opadnięcia moczowodów. 9) P. Prawocheński: Współczesne poglądy na dziedziczność w krótkim ogólnym zarysie. 10) Dr Sz. Dzierzgowski: O leczeniu błonicy surowicą błoniczą przez odbytnicę. 11) Dr St. Ostrowski: Odczyn Engel-Turnau w moczu osesków. 12) Prof. Zaleski: Związek polski lekarzy i przyrodników i stanowisko względem niego Jana Ptaszyckiego. 13) Prof. inż. Merczyng: O znaczeniu badań czysto matematycznych dla rozwoju nauk przyrodniczych, a szczególniej fizyki i astronomii. 14) Prof. Wasiljew: Kilka uwag o Prof. Ptaszyckim. 15) Doc. inż. L. Staniewicz: Jan Ptaszycki, jego życie i ogólny rozwój działalności. 16) Zasł. Prof. Dr Sochacki: Wspomnienie o Janie Ptaszyckim, jako o koledze i stanowisku jego wśród matematyków polskich. 17) Prof. mag. W. Staniewicz: Zarys naukowej działalności Jana Ptaszyckiego i charakterystyka głównych prac jego. 18) Kand. mat. W. Rostkowski: Jan Ptaszycki jako pedagog. 19) Kand. mat. P. Chawłowski: Hołd pamięci Jana Ptaszyckiego. 20) Dr Józef Polak (z Warszawy): O organizacyi I Zjazdu higienistów polskich we Lwowie. 21) Dr Huszcza: Istota i warunki powstawania t. zw. chorób kesonowych. 22) Prof. Ks. Trzeciak: Trąd w Palestynie za czasów Chrystusa Pana i obecnie (z punktu widzenia archeologiczno-medycznego). 23) Doc. Dr Noiszewski: O próbach wzroku. 24) Dr Zboromirski: Odczyn Bordet i Gengou przy wiewiórze i jego powikłaniach.

»Związek« wskutek zaproszeń komitetów gospodarczych brał udział w XI Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie (przedstawicielem był Prof. Zaleski) i w II Zjeździe neurologów, psychiatrów i psychologów polskich w Krakowie, prócz tego w uroczystości 50-lecia »Przeglądu lekarskiego«. W poczet członków honorowych »Związku« zaliczono: Prof. Dra Stanisława Ciechanowskiego (Kraków), Dra Augusta Kwaśnickiego (Kraków), Prof. Dra Ottona Czeczotta, i p. Bronisława Żnatowicza (Warszawa).

b) Sprawozdanie sekretarza działu administracyjnego »Związku« i Wydziału lekarskiego, Dra Wilamowskiego:

Posiedzeń Rady w roku 1912 było 5, na których uchwalono i wykonano co następuje:

Przedewszystkiem cały szereg postanowień, dotyczących spraw wewnętrznych »Związku« w celu uporządkowania jego działalności, a więc: 1) Prowadzenie kancelaryi Związku, a również i zbieranie składek członkowskich drogą wizytacyi, poruczono p. Janinie Wiskowatowoj za wynagrodzeniem 30 rb. miesięcznie w ciągu 8 miesięcy do roku. 2) Dla zbierania składek członkowskich sporządzono osobną księgę. 3) Postanowiono, że członkowie, którzy wstąpili do »Związku« w grudniu, płacą składkę od roku następnego. 4) Ułożono program posiedzeń z góry na rok cały. 5) Obrano komisyę dla opracowania regulaminu z następujących osób: Prof. J. Ziemackiego, Doc. Z. Sowińskiego, Inż. Z. Kotarskiego, Inż. B. Lelewela, pp. Boharewicza, Pozaryskiego i Łypaczewskiego. 6) Bibliotekę »Związku« i popiersie pierwszego prezesa »Koła lekarzy« Dra Strawińskiego, przeniesiono do pracowni Dra E. Zboromirskiego. 7) Postanowiono prosić byłych prezesów »Związku« o ich portrety dla umieszczenia w lokalu »Związku«. 8) Również postanowiono prosić

członków »Związku« o złożenie ich prac naukowych w bibliotece »Związku«. 9) Rozsyłać na wszystkie posiedzenia po 50 zaproszeń studentom technikom. 10) Zaprenumerowano dla Związku »Przegląd techniczny«. 11) Sekcyi technicznej dano prawo wysyłania przedstawicieli na Zjazdy w imieniu »Związku«. 12) Przez komisyę sekretarzy opracowano ogólny wzór programu posiedzeń i karty registracyjnej dla członków Zw. 13) Postanowiono wszystkie postanowienia Rady wpisywać do osobnej książki. 14) Urządzono uroczyste posiedzenie, poświęcone pamięci zmarłego znakomitego matematyka, Prof. Jana Ptaszyckiego. 15) Postanowiono wydać w osobnej broszurze przemówienia, które zostały wygłoszone na tem posiedzeniu. Na ten cel zebrano wśród obecnych na posiedzeniu 115 rb O zredagowanie i wydanie broszury uproszono Prof. St. Zaleskiego 16) Postanowiono wybrać prezesa sekcyi odontologicznej.

Na zewnątrz działalność »Związku« ujawniła się w następujących czynnościach: 1) Wskutek odezwy Redakcyi »Chirurgiczeskiego archiwa« Prof. Weljaminowa postanowiono przyjąć udział w komisyi referatowej. W skład komisyi referatowej weszli: Prof. J. Ziemacki, Dr Wilamowski, Dr W. Kozłowski, Dr St. Szymanowski, Dr J. Hattowski i Dr Al. Kornicz. 2) Na Zjazd aptekarzy w Warszawie (26. V. r. 1912) obrano delegacyę: pp. E. Chrzanowskiego i Próchnickiego. 3) Z powodu 35-letniego jubileuszu redaktora »Wszechświata« i »Chemika polskiego« Bronisława Znatowicza wysłano mu telegram gratulacyjny i obrano go członkiem honorowym »Związku«. 4) Wysłano depeszę gratulacyjną na Zjazd techników w Krakowie. 5) Złożono w imieniu »Związku« 25 rb. na rzecz stypendyów imienia mecenasa Konrada Niedźwieckiego. 6) Wskutek zwrócenia się do »Związku« właściciela naturalnej wody mineralnej p. Spirydonowa o poparcie jego wody (źródło znajduje się w gub. Wiatskiej, około Jełobogi) dokonany został rozbiór tej wody z polecenia Wydziału lekarskiego przez pp. Prof. Sz. Dzierzgowskiego, chem. Szabłowskiego, Dr E. Zboromirskiego i L. Jastrzębskiego. Dla wydania ostatecznego sądu o wodzie Spirydonowskiej wybrano komisyę z następujących osób: prezes komisyi Prof. Dr St. Zaleski i członkowie Prof. Sz. Dzierzgowski, Dr E. Zboromirski, Dr L. Jastrzębski, inż. B. Lelewel, p. Szabłowski i Dr Święcicki.

Posiedzeń w roku 1912 było 22, z tej liczby ogólnych 4, lekarskich 6, technicznych 7, przyrodniczych 3, przyrodniczo-techniczne 1 i farmaceutyczne 1.

Członków liczył »Związek« 462 (ubyło 30, z tej liczby umarło 4). Przybyło nowych 36, w tej liczbie 4 honorowych. Według sekcyi liczba członków przedstawia się w taki sposób: w sekcyi lekarskiej jest 138 członków, w sekcyi przyrodniczej 54, w sekcyi farmaceutycznej 31, w sekcyi technicznej 220, w sekcyi odontologicznej 19 członków. Prezydyum »Związku« składało się z 21 osób, komisya rewizyjna z 5 osób.

c) Sprawozdanie wiceprezesa Wydziału przyrodniczego Prof. Merczynga:

Wydział przyrodniczy w roku ubiegłym po wielkich staraniach zdołał nakoniec pozyskać sobie kilku prelegentów, którzy byli łaskawi wziąć na siebie szereg referatów. W ciągu roku ubiegłego odbyły się trzy specyalne posiedzenia przyrodnicze, na których, oprócz kierownika Wydziału, który referował o największych odkryciach geograficznych biegunów, członkowie Wydziału, p. Więckowski i p. Rundo, mieli wykłady, pierwszy o arytmologicznych związkach między wagami atomowemi elementów, a p. Rundo o Kongresie radyologicznym w Pradze. Oprócz tego członkowie Wydziału brali udział i w posiedzeniach ogólnych. Na posiedzeniu, poświęconem pamięci Prof. Ptaszyckiego, kierownik Wydziału referował o związku między naukami ścisłemi i przyrodniczemi.

d) Sprawozdanie sekretarza Wydziału technicznego, Inż. Zbigniewa Fabierkiewicza:

Ubiegły rok w działalności Wydziału technicznego pod względem ilości posiedzeń i ważności podejmowanych na tych posiedzeniach spraw, zaznaczył się bardzo dodatnio. Odbyło się bowiem w tym czasie 8 posiedzeń, gdy w ciągu ubiegłych 2 lat poprzednich początkowej działalności Wydziału było tylko 7 posiedzeń. A zatem ilość posiedzeń zwiększyła się w dwójnasób.

Na tych posiedzeniach w okresie sprawozdawczym wygłoszone zostały następujące referaty: 1) Inż. A. Tupalskiego: O nasycaniu budulca. 2) Inż. S. Surzyckiego: O wytapianiu żelaza w piecach elektrycznych. 3) Inż. S. Dudrewicza: Walka ze zlodowaciałymi gruntami przy budowie drogi Amurskiej. 4) Inż. S. Korsaka: O bezpiecznem przechowywaniu palnej cieczy. 5) Inż. S. Miniewskiego: Wrażenia z pobytu na VI Zjeździe techników polskich w Krakowie. 6) Art. malarza A. Borawskiego: Rozwój techniki w dziedzinie malarstwa przezroczystego. 7) Inż. A. Kicińskiego: Krótki zarys prac VI międzynarodowego Kongresu pożarniczego w r. 1912.

Kilka zebrań poświęcono dyskusyi nad sprawą założenia przy Wydziale technicznym komisyi informacyjnej, mającej na celu zbieranie, opracowywanie i zużytkowanie dla polskich sfer przemysłowych wiadomości o nowych dziedzinach pracy i źródłach zarobku. Wybrana w tym celu komisya opracowała regulamin dla powstającej komisyi informacyjnej. Projekt regulaminu rozesłany został wszystkim członkom »Związku« z prośbą o wypowiedzenie swego zdania. Niestety otrzymano bardzo niewiele odpowiedzi. Sprawa pozostała w zawieszeniu i komisya do tej pory jeszcze nie jest czynna.

Prócz zebrań w ubiegłym okresie sprawozdawczym odbyła się jedna zbiorowa wycieczka, zorganizowana przez Wydział dla zwiedzenia funkcyonującej w Petersburgu filtr-ozonowej stacyi wodociągu miejskiego.

Wreszcie Wydział techniczny wziął czynny udział w VI Zjeździe techników polskich w Krakowie, wysyłając swego delegata inż. St. Miniewskiego, który na jednem z zebrań referował członkom Wydziału o pracach i działalności Zjazdu.

Po wysłuchaniu sprawozdania o działalności VI Zjazdu Wydział techniczny postanowił wstąpić w skład stałej Rady zjazdów i zrzeszeń techników polskich, która się na tym Zjeździe ukonstytuowała i łączy wszystkie Towarzystwa techniczne na ziemiach polskich.

Ilość członków Wydziału i gości obecnych na posiedzeniach była nader rozmaita i wahała się od 13 aż do

K Neutralon (Synthetisches Aluminiumsilikat)
C.A.F. KAHLBAUM G. m. b. H. Chemische Fabrik ADLERSHOF bei BERLIN
Wskazania: hyperaciditas, hypersecretio, ulcus ventriculi et duodeni
Rp. Neutralon-Kahlbaum 1 puszka lub Rp. Neutralon-Kahlbaum 1 dawkowana paczka. Literatura i próbki bezpłatnie do rozporządzenia.
Główny skład hurtowny dla aptek: G. & R. Fritz-Pezoldt & Süss T. A. Wiedeń I. 83

65, przyczem średnio na posiedzeniach bywało po 15 osób. Jest to w stosunku do ogólnej liczby około 220 nominalnych członków Wydziału liczba nader szczupła, bo stanowi zaledwie około 5%. Jeżeli uwzględnić, iż na zebraniach Wydziału bywali coraz nowi członkowie, to można obliczyć ogólną ilość osób, bywających na zebraniach, na 40, co stanowi około 20%. Reszta członków istnieje tylko na papierze i żadnego udziału w życiu stowarzyszenia nie bierze.

Widzieliśmy powyżej, iż w okresie ubiegłym tętno życia w Wydziale pod względem ilości zebrań zwiększyło się w dwójnasób. Zadaniem Wydziału na przyszłość powinno być nietylko dążyć do zwiększenia ilości zebrań, lecz dążyć też do zainteresowania i przełamania apatyi biernych jego członków.

e) Sprawozdanie sekretarza Wydziału farmaceutycznego, p. Witolda Boharewicza:

Wydział farmaceutyczny miał w roku ubiegłym dwa zebrania, na których pod przewodnictwem zasłużonego prezesa sekcyi, delegata towarzystw farmaceutycznych do Rady lekarskiej, pana Edmunda Chrzanowskiego, odbyły się następujące wykłady: W dziale naukowym magister farmacyi p. Leopold Próchnicki zaznajomił słuchaczy ze swą pracą pod tytułem »Przyczynek do charakterystyki ciał białkowych mięsa ryb«, stanowiącą wyniki jego własnych badań, dokonanych w pracowni chemii fizyologicznej Akademii wojskowo-lekarskiej. W dziale zawodowym wygłoszone zostały przez p. Edmunda Chrzanowskiego następne referaty: 1) O nowem prawie otwierania municypalnych aptek w Rosyi, 2) o lekach gotowych, tak zwanych patentowanych, 3) o państwowym Instytucie farmacyi doświadczalnej, 4) o mającym się odbyć zjeździe aptekarzy w Łodzi, a także reprezentacyi Związku nad tym ostatnim. Na przedstawicieli Związku zostali zaproszeni i jednogłośnie obrani panowie: Edmund Chrzanowski i Leopold Próchnicki.

f) Sprawozdanie skarbnika »Związku«, Dra K. Ulińskiego:

Za rok bieżący opłaciło składki w sumie 1015 rb. 128 członków, gdy w porównaniu w zeszłym roku tylko 77 członków opłaciło składki w sumie 490 rubli. Z ogólnej liczby członków »Związku« $^1/_8$ część płaciła składki w 1912 r., w zeszłym zaś roku tylko $^1/_5$ część. Składki dożywotnie wniosło 2 członków po 50 rubli. Rozchodu w bieżącym roku było 799 r. 53 k., więcej, niż w roku ubiegłym o 263 r. 75 k. W roku sprawozdawczym dochód również zwiększył się o 525 rubli. Największy rozchód, jak i za lata ubiegłe, stanowi drukarnia i rozsyłanie zawiadomień. Ogólny dochód razem z procentami stanowi 3246 r. 12 k. brutto, po odjęciu zaś rozchodu w sumie. 799 r. 53 k. pozostaje czystego dochodu 2446 r. 59 k., co stanowi kapitał teraźniejszy »Związku«. Zatem pomimo większych rozchodów za rok ubiegły, czysty dochód w porównaniu z zeszłym rokiem zwiększył się o 269 r. 64 kop.

g) Sprawozdanie bibliotekarza, Dra Leona Jastrzębskiego:

W roku 1912 biblioteka »Związku« odbierała następujące pisma lekarskie: Przegląd lekarski, Nowiny lekarskie, Tygodnik lekarski lwowski, Gazeta lekarska, Medycyna, Przegląd chorób skórnych i wenerycznych. Z peryodycznych pism przyrodniczych prenumerowaliśmy dwa: »Kosmos« i »Wszechświat«. Obecnie biblioteka liczy 473 tomów.

h) Sprawozdanie komisyi rewizyjnej: W dniu 21 stycznia 1913 roku my podpisani członkowie komisyi rewizyjnej, przejrzeliśmy i sprawdziliśmy księgi rachunkowe, papiery usprawiedliwiające i sumy »Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu«, z czego okazało się, że wszystkie pozycye przychodowe i rozchodowe zgadzają się w zupełności z podanemi w rachunkach przez skarbnika. Po rozejrzeniu pieniędzy kasowych »Związku«, wciągniętych do księgi rachunku bieżącego w oddziale warszawskiego Banku handlowego pod Nr 2290, okazało się, że saldo na 1 stycznia 1913 r. wykazano w sumie 2520 rub. tymczasem w księdze dochodów i rozchodów pozostałość na 1 stycznia 1913 r. wynosi 2397 rub. 42 kop., t. j. o 122 rub. 58 kop. mniej, aniżeli wspomniane saldo Wskazana różnica powstała, wedle objaśnień skarbnika, wskutek włożenia przez pomyłkę sumy 122 rub. 58 kop. na rachunek bieżący; należy, zdaniem komisyi, skreślić tę sumę z saldo rachunku bieżącego i saldo uważać na 1 stycznia 1913 r. = 2392 rb. 42 kop. Podpisali: Prof. M. Raczyński, I. Berkiewicz.

My podpisani członkowie komisyi rewizyjnej w dniu 21 stycznia 1913 r. przejrzeliśmy i sprawdziliśmy księgę rachunkową, dowody depozytowe i sumy Komitetu budowy szpitala polskiego przy »Związku polskim lekarzy i przyrodników w Petersburgu« za rok 1912, z czego się okazało, że wszystkie rachunki i dochody zapisano w zupełnym porządku. W dniu 1 stycznia 1913 roku kapitał Komitetu składa się z następujących pozycyi: 1) 4% oblig. petersb. Towarzystwa kredyt. miejskiego na nominalną sumę 6.500 rb. ulokowane w oddziale handl. Banku w Warszawie (dokumenta też same, co w sprawozdaniu rewizyjnem roku zeszłego) 2) $4^1/_2$% oblig. Mikołaj. miejsk. Towarzystwa kredyt. wartości nominalnej 100 rub., ulokowana za pokwitowaniem Nr 1799 od 18 stycznia 1911 r. w tymże Banku, co i pozycya pierwsza 3) 1 premiówka Banku szlacheckiego wartości nominalnej 100 rub. serya 12060 Nr 10, ulokowana za pokwitowaniem Nr 1835 w tymże Banku. 4) Na rachunku bieżącym tegoż Banku 609 rub. Podpisali: Prof. M. Raczyński, I. Berkiewicz.

Zgromadzenie zatwierdza wszystkie sprawozdania.

Prezes w imieniu »Związku« składa podziękowanie za wyczerpujące sprawozdania wiceprezesom i sekretarzom poszczególnych wydziałów, skarbnikowi, a także komisyi rewizyjnej.

2) Przyjęto do wiadomości oświadczenie Dra Jana Kozłowskiego, iż wziąć na siebie obowiązków wiceprezesa wydziału odontologicznego nie może, wybory zaś nowego przewodniczącego odroczono.

3) Prezes podaje do wiadomości, iż w myśl §§-26 i 27 ustawy muszą być dokonane częściowe wybory komisyi rewizyjnej po uprzedniem wylosowaniu 2 członków z obecnego jej składu. Z wyniku losowania ustępują z komisyi rewizyjnej: inż. I. Berkiewicz i p. Prawocheński. Na miejsce 2 wylosowanych zostali obrani: Inż. Jasiewicz i odontolog Walicki.

4) Dokonano wyboru nowych członków. Rzeczywistymi członkami »Związku« jednomyślnie zostali obrani: adw. przys. Waleryan Filip Rogojski, Dr Aleksander Ła-

Naturalna
Szczawa Bilińska
Najobfitsza alkaliczna
(sód-lit) szczawa
Czech.
143

wrynowicz, Inż. techn. Wacław Wierzbicki i Dr Marya Czopowska. Sekretarz: Zdzisław Sowiński.

Sekcya zakopiańska Towarzystwa lekarzy galic.

Posiedzenie d. 19. lutego 1914.

Obecnych 7 członków i 1 gość.

1) Kol. St. Rudzki referuje wniosek o założenie biblioteki i czytelni lekarskiej w Zakopanem. — W dyskusyi zabierali głos kol. Czaplicki, Żychoń, Brzeziński *), Kraszewski i Wieselman, poczem wniosek zasadniczo został przyjęty, wykonanie zaś jego polecono komisyi, złożonej z kol. Brzezińskiego, Czaplickiego i Rudzkiego.

2) Kol. St. Rudzki wygłosił wykład: **O krwioplucіach w klimacie wysokogórskim.** (Rzecz przeznaczona do druku). W ożywionej dyskusyi brali udział kol. Kraszewski, Żychoń, Czaplicki, Brzeziński. Zgodzono się z wnioskami referenta, iż klimat wysokogórski nie jest przeciwwskazany u chorych gruźliczych, mających skłonność do krwioplućć, z zastrzeżeniem co do chorych, cierpiących jednocześnie na miażdżycę naczyń w większym stopniu lub osłabienie mięśnia sercowego; tacy chorzy zwykle źle znoszą klimat górski i mogą tu miewać częstsze krwioplucia, niż w nizinach.

3) Kol. J. Wieselman odczytał obszerne streszczenie pracy Dra Muralta »O zaburzeniach nerwowych i psychicznych u gruźliczych«. Dyskusyę odłożono do następnego posiedzenia. Dr St. Rudzki.

Sprostowanie. W Nrze 13. »Przeglądu lekarskiego« na str. 188 i 189 w sprawozdaniu z 99. Og. Zebrania Towarzystwa lekarskiego radomskiego zamiast »Kołodnew« ma byc »Kołodner«.

V. Zjazd lekarzy i przyrodników czeskich

w Pradze w d. 29. maja do 3. czerwca b. r., obradować będzie w 20 sekcyach, do utworzonych już bowiem 19 sekcyi przybywa obecnie jeszcze osobna sekcya wychowania fizycznego. Ponieważ już 1. maja wydany zostanie pierwszy numer Dziennika Zjazdu ze sprawozdaniem z dotychczasowych prac przygotowawczych, przeto jest rzeczą konieczną, aby ci lekarze i przyrodnicy polscy, którzy zamierzają w Zjeździe uczestniczyć, a zwłaszcza wygłosić na nim wykłady, donieśli o tem najdalej do 15. kwietnia komitetowi polskiemu (prezes prof. Wicherkiewicz, sekretarz prof. Ciechanowski, Kraków, Wolska 28), który prześle do Pragi zebrane wiadomości.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Krajowa Rada zdrowia zajmowała się na posiedzeniu w d. 4. IV. b. r. we Lwowie sprawą nadzoru sanitarnego nad emigracyą zarobkową i szkód higieniczno-społecznych, z tą emigracyą związanych, sprawą nadzoru nad szpitalami prywatnymi, sprawą dozorczyń chorych, zaopatrzenia kraju w dobrą wodę, zmianą statutu miejskiej komisyi sanitarnej w Krakowie, dalej podwyższeniem taks szpitalnych w Podhajcach, Stanisławowie i Tarnowie, utworzeniem okręgów sanitarnych w Dukli i Kolbuszowej, wreszcie sprawą koncesyi na dwa zakłady porodowe we Lwowie i zakład leczniczy prywatny w Zakopanem.

— Dyplom doktorski uzyskał p. Aleksander Gwaraszwili z Kutais (Kaukaz).

Warszawa. Na posiedzeniu Wydziału III. Towarzystwa naukowego warszawskiego w d. 2. IV. 1914 zostały przedstawione m. i. prace: Dr Serkowskiego: »Nowa metoda różnicowania w zastosowaniu do grup i poszczególnych gatunków drobnoustrojów« i p. T. Kurkiewicza: »O komórkach Panetha u zwierząt ssących«.

Z różnych stron. Znakomity chirurg rosyjski prof. Weljaminow, ustąpiwszy z katedry zwyczajnej w petersburskiej Akademii wojskowo-lekarskiej, pragnął nadal w niej wykładać, jako docent. Nie zezwoliło jednak na to ministerstwo wojny. Prof. Weljaminow popadł bowiem w niełaskę z powodu, że sprzeciwiał się reakcyjnym zmianom w ustroju Akademii.

— W Prujavov w Bośni wakuje posada lekarza miejskiego z płacą 4000 kor. rocznie, mieszkaniem, opałem i światłem. Oprócz obowiązków lekarza miejskiego związane jest z posadą prowadzenie szpitala miejskiego (24 łóżek) i ambulatoryum. Termin podań do 24. V. b. r. S.

*) W sprawozdaniu z poprzedniego posiedzenia Sekcyi wydrukowano mylnie »Wrzesiński« zamiast »Brzeziński«.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

KRYNICA „NAŁĘCZÓWKA" Pensyonat Drowej A. WĄSOWICZOWEJ
Elektryczność, wodociągi, kanalizacya, kuchnia znakomita z uwzględnieniem dyety przepisanej. — Ceny przystępne.

Szczawa Krondorfska uznana za najlepszą i naturalną
Najlepsze skutki w nieżytach żołądka i pęcherza, jakoteż dróg oddechowych. 206
Prospekty rozsyła na żądanie Brunnen-Unternehmung Krondorf bei Karlsbad lub też Generalna reprezentacya dla Galicyi i Bukowiny, Kraków, Grodzka 48, Lwów, Sykstuska 31.

HUNYADI JÁNOS
GORZKA WODA NATURALNA
NAJLEPSZY ŚRODEK CZYSZCZĄCY
ZWRACAĆ UWAGĘ NA FIRMĘ ANDREAS SAXLEHNER NA KAŻDEJ ETYKIECIE

MATTONI'EGO SÓL MUŁOWA
z leczniczego mułu - Soos pod Franzensbadem. :: Naturalne zastępstwo kąpieli mułowych w domu. Zastosowanie podług przepisu lekarskiego. Żądać zawsze MATTONI'EGO SOLI MUŁOWEJ.

Serravallo
Wino chinowe z żelazem.
(circiter gr. 0·05% wszystkich alkaloidów kory chinowej, circiter gr. 0·01% tlenku żelaza związanego z kw. pyrofosf.).
Dla ozdrowieńców i niedokrewnych polecane usilnie przez powagi lekarskie. 43
Z powodu znakomitego smaku znoszą je szczególnie dzieci i zażywają bardzo chętnie kobiety.
Wystawa hygien. Wiedeń 1906: nagroda państwowa i dyplom honorowy do złotego medalu. Wielekrotnie premiowane. — Ponad 8000 orzeczeń lekarskich.
Na życzenie otrzymują panowie lekarze próbki opłatnie i bezpłatnie.
J. SERRAVALLO, c. i k. dostawca dworu, Triest-Barcola.

Rok LIII. Kraków, dnia 18 kwietnia 1914 Nr 16.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

†

DR STANISŁAW DROBA

W przeciągu niecałego roku umiera już czwarty z pośród profesorów i docentów Wydziału lekarskiego w Krakowie, a drugi z pośród prymaryuszów szpitala św. Łazarza. I żaden z tych, którzy zmarli, nie był jeszcze w tym wieku, w którym śmierci oczekiwać należy. Przeciwnie, ginęli ludzie, którzy jeszcze dziesiątki lat z pożytkiem dla innych i dla siebie mogli pracować. I żaden z nich nie zmarł po długiej chorobie: wszystkich widziano jeszcze na kilka dni, a nawet godzin przed śmiercią w pełni zdrowia. Najdłużej jeszcze, bo dwa tygodnie, chorował ś. p. Stanisław Droba.

Śmierć jego ma cechy tragiczne. Od grudnia 1913 miał na swoim oddziale do czynienia z nosacizną i przytem się nią zaraził. Z końcem marca uczuł się sam chorym i niezadługo po bardzo silnym dreszczu, w niedzielę 29. marca, musiał się położyć do łóżka. Wtedy stwierdzono ciepłotę około 40° C., która już aż do śmierci trwała jako gorączka ciągła. Wystąpił też ogromny i bardzo zrazu bolesny obrzęk śledziony, który później stał się prawie niebolesnym. Chory z początku przeczuwał nosaciznę: mówił o tem otwarcie z żoną i z kolegami, którzy go leczyli. Po kilku dniach jednak przestał, jak się zdaje, myśleć o tej możliwości. Im mniej jednak chory myślał o niej, tem więcej skłaniali się do tego przypuszczenia lekarze. W końcu po ujemnym wyniku badań bakteryologicznych krwi wziętej z żyły, oraz wydalin, rozpoznanie nabrało cech wielkiego prawdopodobieństwa. Stan chorego tymczasem coraz się pogarszał, osłabienie szybko się zwiększało, na obu łydkach i na prawej skroni zjawiły się w odstępach kilkodniowych bardzo bolesne nacieki. Jeden z nich nakłuto bez skutku. Naciek na czaszce począł po kilku dniach szybko się zwiększać, stał się podobnym do róży, zajął prawie całą prawą stronę twarzy, zamknął prawe oko i posuwał się ku stronie lewej. Równocześnie zjawiły się po lewej stronie ciała drgawki w ręce, nodze i na twarzy (Jackson). Przytomność przez pierwsze 10 dni choroby zupełnie zachowana, później zaczęła chwilami zanikać. Wreszcie na 2 dni przed śmiercią zjawiły się na skórze twarzy i rąk krosty, z początku tylko 4, a potem coraz liczniejsze. Jeszcze na kilkanaście godzin przed śmiercią stwierdzono powstawanie nowych. Na czerwonej obwódce, wielkości paznokcia, wykwitał pęcherzyk wypukły, ropą wypełniony. Krosty te pozwoliły z zupełną pewnością rozpoznać nosaciznę tym, którzy takiesame krosty widzieli przy nosaciznie na oddziale zakaźnym. Wtedy wstrzyknięto w ciągu 2 dni 70 cm³ surowicy Noniewicza bez żadnego skutku. Ostatnie 36 godzin był chory zupełnie nieprzytomny. Zmarł w poniedziałek wielkanocny (13. IV) o godzinie 1 w nocy.

Ś. p. Stanisław Droba urodził się w r. 1870 w Tarnowcu, w powiecie jasielskim, w Galicyi. Do szkół ludowych chodził w Mielcu, do gimnazyum w Jaśle. Od początku nauk gimnazyalnych utrzymywał się własną tylko pracą. W r. 1890 zapisał się na Wydział lekarski w Krakowie, odbył służbę wojskową i w r. 1896 otrzymał stopień doktora wszech nauk lekarskich. W czasach uniwersyteckich brał żywy udział w życiu społecznem i politycznem młodzieży i zajął wśród niej wybitne stanowisko. Dar wymowy, nieposzlakowana prawość i zalety towarzyskie jednały mu umysły. Przez rok był prezesem Towarzystwa bratniej pomocy uczniów U. J. Po doktoracie wstąpił do szpitala św. Łazarza i pracował głównie na oddziale chirurgicznym Prof. Obalińskiego. Następnie przeszedł do kliniki chirurgicznej, gdzie został z czasem II. asystentem. Tak kształcił się początkowo przez kilka lat w chirurgii pod kierunkiem profesorów Obalińskiego, Rutkowskiego i Kadera, a wolniejsze chwile obracał na pogłębienie i rozszerzenie swej wiedzy, pracując między innemi gorliwie w zakresie histologii patologicznej. W roku 1900 wystąpił z kliniki i odtąd poświęcił się głównie pracom z zakresu bakteryologii. Przez kilka lat był asystentem w zakładzie mikrobiologii Prof. Nowaka. W roku 1904 został przez Wydział lekarski Uniw. Jagiell. przedstawiony na docenta bakteryologii i zatwierdzony przez Ministerstwo w grudniu tegoż roku. Z początkiem r. 1905 otrzymał kierownictwo, a pó-

źniej prymaryat oddziału chorób zakaźnych w szpitalu św. Łazarza i na tem stanowisku pozostawał aż do śmierci, równocześnie prowadząc rządową stacyę bakteryologiczną.

W 1905 został delegowany wraz z Drem Pawłem Kučerą (wówczas docentem) ze Lwowa do zbadania epidemii nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych w Galicyi. Wynikiem tych badań była praca obu uczonych, najlepsza, jaką posiada bakteryologiczna i epidemiologiczna literatura polska o nagminnem zapaleniu opon i mogąca iść w porównanie z najlepszemi pracami zagranicznych autorów o tej chorobie. Wtedy jeszcze wielu bakteryologów powątpiewało w znaczenie przyczynowe ziarenkowców Weichselbauma. Droba i Kučera udowodnili, że bez tych ziarenkowców niema nagminnego zapalenia opon i naodwrót, że ziarenkowce te znajdują się tylko u osób, które stykały się z chorymi lub przenosicielami choroby.

Ś. p. Droba przebywał kilka razy zagranicą dla studyów. Dwa razy był w Paryżu (w latach 1901—1903) i pracował z ogromnym zapałem i wytrwałością u profesorów van Tieghema, Blancharda i Miecznikowa nad pierwotniakami i systematyką bakteryi, glonów i grzybów. W r. 1912 wysłany został przez Wydział krajowy w celu zwiedzenia zagranicznych szpitali dla chorób zakaźnych. Z tej podróży przywiózł plon bardzo obfity: sprawozdanie, przedstawione przez niego Wydziałowi krajowemu, tworzy spory tom, pełen spostrzeżeń, szkiców i wniosków, które koniecznie powinny być zużytkowane.

Niezmiernie wyczerpująca praca od wczesnych lat życia, które mu nigdy nie płynęło po różach, nadwątliła jego zdrowie, ale nie osłabiła energii, chęci służenia społeczeństwu i gorliwości w pracy.

Prace naukowe zaczął ś. p. Droba ogłaszać od r. 1899. Były to z początku prace z zakresu chirurgii, w których jednak zwracał zawsze uwagę na stronę bakteryologiczną. W późniejszych jego pracach strona bakteryologiczna stała się głównym tematem. Dużo trudów poświęcił badaniom nad prątkiem gruźliczym. Zdaje się, że te badania uważał za najważniejsze ze swoich prac. Jego dzieło: »Ogólny zarys bakteryologii«, (wydane w »Komentarzu do farmakopei«, obecnie wyczerpanym, a jako osobna książka niestety nie wydane), jest właściwie jedynym oryginalnym polskim podręcznikiem bakteryologii, jaki posiadamy.

Ś. p. Droba poległ na stanowisku. Zginął jako ofiara swego zawodu, jak to u lekarzy nierzadko się zdarza. Śmierć jego wywołała tem większe wrażenie, że umarł na nosaciznę, której groza i nielekarzom jest znana. Towarzyszy mu powszechny żal tych, którzy go znali i bliżej z nim żyli. To był człowiek, który spełnił swój obowiązek: niech myśl o tem będzie osłodą w tym żalu.

Doc. Dr Roman Nitsch.

Spis prac drukiem ogłoszonych:

1. Przyczynek do chirurgii dróg żółciowych na podstawie materyału Prof. Dra Alfreda Obalińskiego (Zbiór prac ku uczczeniu pamięci Prof. Obalińskiego 1899).
2. Prątek durowy w stosunku do kamicy żółciowej (Przegl. lek. 1899).
3. Tosamo po niemiecku (Wien. klin. Wochs. 1899).
4. Sprawozdanie z IX. Zjazdu chirurgów polskich w Krakowie (Przegl. lek. 1899).
5. Gruźlica stawów i kości pod względem bakteryologicznym, anatomopatologicznym i klinicznym na podstawie przypadków, opracowanych w klinice chirurgicznej krak. w roku szk. 1898/9 (Przegl. lek. 1899).
6. O tworach olbrzymich w tkankach gruźliczych (Akad. Um. 1901 i Przegl. lek. 1901).
7. Tosamo po niemiecku (Bulletin int. de l'Acad. d. Sc. Cracovie 1901).
8. Pierwsza pomoc w nagłych przypadkach i ważniejsze zabiegi chirurgiczne (Kalendarz lek. krak. 1901).
9. Die Stellung des Tuberkuloseerregers im System der Pilze (Vorl. Mitteil. Bull. int. de l'Acad. Sc. Cracovie 1901).
10. Badania nad mieszanem zakażeniem w gruźlicy płuc i nad udziałem w niem beztlenowych drobnoustrojów (Akad. Um. Kraków 1904).
11. Tosamo po niemiecku (tamże).
12. Badania epidemii zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych w Galicyi w r. 1905 (wspólnie z Drem Pawłem Kucerą. Rocznik lek. 1906 t. I).
13. Tosamo po niemiecku (Das österr. Sanitätswesen 1906).
14. Ogólny zarys bakteryologii z uwzględnieniem potrzeb farmacyi. (Komentarz do VIII. wydania farmakopei austryackiej. Część bakteryologiczna). Kraków 1907, str. 242 z wielu rycinami i 2 tablicami kolorowemi.

Z oddziału chorób wewnętrz. szpitala krajowego w Sarajewie.

Kilka uwag i spostrzeżeń o nerwicach wegetatywnych.

Skreślił

Prof. Dr L. Korczyński.

(Ciąg dalszy).

Gdybyśmy pospolite przypadki autonomicznej nerwicy żołądka, podobne do streszczonych, chcieli bliżej ocenić ze względu na bezpośrednią przyczynę objawów, to należałoby odwołać się do dwóch zboczeń, do zboczeń wydzielniczych i ruchowych. Pierwsze polegają na nadmiernem wydzielaniu soku żołądkowego, i to nadmiernem tak pod względem zawartości kwasu solnego, jako też wprost co do ilości. Wynik badania treści żołądkowej, zwymiotowanej przez pierwszego chorego po wstrzyknięciu pilokarpiny, uprawnia do twierdzenia, że czynność gruczołów, wytwarzających śluz, może być także wzmożona. Nadmierna kwaśność treści pokarmowej w żołądku nie może sama przez się wywoływać bólów, na które tak bardzo się żalili nasi chorzy. Ból jest dopiero dalszem pośredniem jej następstwem, powstaje skutkiem kurczu wpustu, odźwiernika, albo obydwóch razem. Od siły i trwałości kurczu zależy stopień i długość trwania bolu. Poza tem liczyć się jeszcze musimy z samym żołądkiem, z jego mięśniową ścianą. W chwili, kiedy pokarm wchodzi do żołądka, muszą się te ściany nieco rozsunąć. I tak się też dzieje. Ale wnet zwierają się znowu i obejmują sobą zawartość żołądka. Wszak chodzi o to, aby pokarm napoił się rozczynem zaczynów, a na to trzeba ścisłego o ile możności zetknięcia się z błoną śluzową, która te zaczyny wydziela. To obejmowanie (Umschichtungsprozess, jak je nazywają autorowie niemieccy) zależy od stałego napięcia błony mięsnej i odbywa się stopniowo, postępuje od góry

przez część wpustową i dno żołądka ku części odźwiernikowej. Otóż, o ile napięcie (tonus) żołądka jest niezwykle wzmożone, to ściany jego chwytają treść, z wielką siłą, obkurczają się około niej i przytrzymują ją zbyt długo w jednem miejscu Już przez to samo mogą powstawać niemiłe uczucia ściskania. Poza tem toczą się jednak ściany żołądka ruchem robaczkowym, a przy podnieceniu autonomicznem jest ten ruch także nazbyt silny. I w nim możemy upatrywać dalszą przyczynę t. zw. kardialgicznych bólów. Szczegóły te można spostrzegać dokładnie przy prześwietlaniu na ekranie i śledzić zmiany kształtów żołądka, zawierającego w sobie treść pokarmową.

Kiedy się czyta lub słyszy opisy przypadków wagotonii żołądka, odnosi się wrażenie, że rozpoznanie choroby jest zupełnie proste i łatwe, że niepodobna wprost popełnić pomyłki rozpoznawczej. Nie należy poddawać się temu złudzeniu. Rozstrzygnięcie o przyrodzie cierpienia bywa niekiedy bardzo trudne. I używać trzeba wszystkich sposobów badania, jakimi rozporządzać możemy, aby osiągnąć pewność co do rozpoznania. Niejednokrotnie mylili się bardzo wytrawni znawcy patologii żołądka. Pamiętać trzeba równie i o tem, że u chorych na wrzód żołądka lub dwunastnicy istnieją nierzadko znamiona podniecenia autonomicznego. Niedość więc stwierdzić niewątpliwe cechy wagotonii, z zasady trzeba się starać o stanowcze wyłączenie wrzodów. Tej zasady trzymam się zawsze i nie żałuję tego nigdy.

Mówiąc o nerwicach żołądka, mogliśmy się powołać na obszerne, zupełnie uporządkowane wykłady o tych chorobach. W innem cokolwiek położeniu znajdujemy się wobec nerwic jelitowych. Nie są one jeszcze tak powszechnie znane i nie mają, jeśli się tak wyrazić wolno, dawniejszej tradycyi klinicznej, względnie naukowej. I nie zdziwi to nikogo, jeśli wskażemy na tę okoliczność, że nasze fizyologiczne wiadomości o sprawach wydzielniczych i ruchowych jelit nie są jeszcze dostatecznie utrwalone. Badania, które się niemi zajmują w ostatnich latach przy zastosowaniu nowszych sposobów śledzenia czynności jelit, dostarczyły wprawdzie wiele i bardzo ważnych wiadomości, ale za skończone uważać ich nie można.

Z pośród tych nowszych badań zasługują na szczególną uwagę zeszłoroczne spostrzeżenia Bergmana i Katscha [11]), poczynione na zwierzętach przez t. zw. okienko brzuszne [12]), na ludziach zaś przez prześwietlanie promieniami Röntgena. Przynoszą one ważne wiadomości o ruchach, jakie się odbywają w kiszkach grubych wogóle a w szczególności, co nas bezpośrednio obchodzi, o zachowaniu się ruchów pod wpływem bodźców farmakodynamicznych sympatykotropijnych i wagotropijnych. Dowiadujemy się z tej pracy, że t. zw. wypuklenia okrężnicy (haustra) nie są bynajmniej pojęciem anatomicznem, lecz czysto fizyologicznem, że tworzą się, są wyrazem ruchu i zmieniają nietylko swój kształt, jak to utrzymuje G. Schwarz [13]), ale także i położenie. W warunkach prawidłowych odbywa się przez te zmiany ruch o pewnym rytmie, szybszym lub wolniejszym, kiszka wygląda, jakby dość gruby powróz, na który są nanizane wielkie korale, nieregularnego kształtu. Te korale drgają, kurczą się i rozkurczają, to znów posuwają długim szeregiem naprzód i w tył. Ten ostatni ruch jest wyrazem t. zw. antyperystaltyki, właściwej kiszkom grubym, od jelita ślepego począwszy, aż do okrężnicy zstępującej. Obraz zmienia się bardzo rychło pod wpływem bodźców, o których wspomnieliśmy wyżej. Po adrenalinie, wstrzykniętej wprost do żyły, ustają ruchy zupełnie na przeciąg 15—20 minut. Atropina działa jeszcze wyraźniej. Nietylko zatrzymuje ruchy, ale zmienia także doraźnie całe napięcie kiszek. Wypuklenia wygładzają się, stają się bardzo równe (isomorphia), kiszka rozszerza się, okrężnica poprzeczna opada ku dołowi, zamknięcie zastawki Bauhiniego wiotczeje. Mamy więc cechujący obraz niedowładu, atonii jelit. Zgoła inaczej przedstawia się sprawa po wstrzyknięciu pilokarpiny. Kiszka w całości sztywnieje poniekąd, wypuklenia wrzynają się głęboko, różnią się między sobą bardzo wyraźnie kształtem i wielkością (polymorphia), — ruchy stają się bardzo gwałtowne, szybkie, ale tracą równocześnie właściwy rytm fizyologiczny. I o ile to wzmożenie ruchów sprzyja posuwaniu się treści jelitowej, o tyle obkurczanie się nadmierne kiszki i nieporządek, wprost niemiarowość ruchów działają w odwrotnym kierunku. Ostateczny wynik zależy w każdym przypadku od tego, jaka czynność przeważa Ważną cechą podrażnienia kiszek przez trucizny autonomiczne jest dawniej już zresztą znane, bardzo obfite wydzielanie śluzu. Zadowolnimy się stwierdzeniem tych szczegółów i nie będziemy się zajmować streszczaniem wszystkich wiadomości, jakie posiadamy o ruchach kiszek. Z dziedziny wydzielniczej zasługują na uwagę i na powszechne uwzględnienie zapatrywania A. Schmidta [14]) o znaczeniu treści, podlegającej łatwo gniciu, wydzielanej przez błonę śluzową jelit, dla powstawania biegunek.

Wiedząc, jak podniety autonomiczne wpływają na kiszki, można niewątpliwie zgodzić się z tymi autorami, którzy dla niejednej sprawy jelitowej przyjmują tło nerwowe. I tak, jak mówimy o wagotonii żołądka, możemy również mówić o wagotonicznych nerwicach kiszek.

Najlżejszą postać tego rodzaju nerwic przedstawiają krótkotrwałe biegunki, powstające u niektórych osób, zazwyczaj wogóle bardzo wrażliwych, pod wpływem wzruszeń psychicznych lub zmysłowych. Bezpośrednia ich przyczyna leży w podrażnieniu ruchowem warstwy mięsnej i podrażnieniu wydzielniczem błony śluzowej, powstającem jako następstwo rozszerzenia naczyń krwionośnych. Przeciwieństwo ich do pewnego stopnia tworzy stan kurczowy kiszek, wiodący do powstawania kurczowego zaparcia stolca. Trzecią typową nerwicę kiszek przedstawia t. zw. kolka śluzowa, przebiegająca wśród napadowych bolów i odznaczająca się wydzielaniem obfitych ilości śluzu.

W przypadkach zupełnie typowych nietrudno rozpoznać każdą z tych nerwic. Zdarzają się jednak chorzy, u których sprawa nie przedstawia się zupełnie jasno, a objawy tak są niewyraźne, że naśladować mogą najrozmaitsze choroby. Zdarzają się nawet przypuszczenia wiądu rdzenia w początkowym okresie. Przypadek taki spostrzegałem

---

[11]) V. Bergmann i Katsch: Deutsche med. Wochenschrift 1913, Nr 27, str. 1294.

[12]) Sposób pomysłu Katscha, który polega na tem, że zwierzęciu wprawia się w powłoki brzuszne przejrzystą taflę celuloidową, przez którą można oglądać ruchy kiszek.

[13]) G. Schwarz: Verhandl. d. Röntgenkongresses in Berlin 23 April 1911.

przez szereg miesięcy w roku 1909, poczęści także na oddziale:

Wiktor W., lat 42, wyzn. rzymsko-kat., urzędnik kolejowy z Sarajewa, cierpi od dłuższego czasu (przeszło dwa lata) na napadowe bole w brzuchu, przeciągające się po kilka godzin. Napady zjawiają się w nieregularnych odstępach czasu, wogóle jednak często, zwykle co kilka, wyjątkowo co kilkanaście dni. Stolec stale zaparty. Chory radził się wielu lekarzy tutejszych, wreszcie pojechał do Wiednia z listem swego domowego lekarza, w którym lekarz ten wyraził przypuszczenie przełomów żołądkowych w toku rozpoczynającego się wiądu rdzenia i wrócił z potwierdzeniem tego przypuszczenia ze strony jednego z młodych, ogólnie znanych uniwersyteckich internistów. Na drugi dzień po powrocie miałem sposobność badać chorego u siebie w godzinie ordynacyjnej. Po zbadaniu zaproponowałem leczenie na oddziale, na co się chory zgodził i wstąpił do szpitala 10 maja 1909 r.

Najważniejsze szczegóły zbadania były następujące: Chory dobrze zbudowany, odżywienie podupadłe, skóra i błony śluzowe blade. Wyraz twarzy cierpiący. Źrenice wązkie, oddziałują leniwo na światło. Język obłożony, drży. Odruchu gardłowego nie można wywołać W narządzie oddechowym niema żadnych zmian. Podobnie w narządzie krążenia. Tętno równe, wolne, około 60 uderzeń w minucie. Brzuch płaski, wzdłuż przebiegu kiszki grubej wyraźnie tkliwy przy ucisku. Część zstępująca okrężnicy skurczona i wprost bolesna przy obmacywaniu. Badanie kiszki stolcowej palcem nie wykazuje zmian. Śledziona macalna pod łukiem żebrowym, brzeg jej twardy. Skład moczu prawidłowy. Odruchy mięśniowe wzmożone, odruch kolanowy tak słaby, że przy pobieżnem badaniu odnieść można wrażenie, iż nie ma go zupełnie. Zmian w czuciu nie ma.

Powiększenie śledziony oraz podanie chorego, że przebywał zimnicę, skłoniło do badania krwi. Nie dało ono podstaw do rozpoznawania zimnicy, ale za to nadarzyło sposobność do stwierdzenia, że we krwi znajduje się więcej ciałek eozynochłonnych.

Na podstawie tego badania można było przyjąć, że u chorego istnieje stan wygórowanego napięcia kiszek. W rozpoznaniu posunęliśmy się naprzód dopiero wtedy, gdy chory dostał zwykłego swojego napadu i wśród niego z małą ilością zbitego grudkowatego kału oddał dość sporo śluzu, w którym znajdowało się bardzo wiele eozynochłonnych leukocytów. Rozpoznaliśmy kolkę śluzową. Przy pożywieniu bezmięsnem, stosowaniu letnich wlewań do kiszek — słabe rozczyny soli kuchennej i sody, odwar z rumianku lub ze ślazu — oraz czopków z atropiny obok ciepłych kąpieli i podskórnych wstrzykiwań kakodylanu, sodowego poprawiał się stan chorego widocznie. W dniu opuszczenia oddziału, 19. 6. 1909, był stan tak dobry, że można było mówić prawie o wyleczeniu. Lekki i krótkotrwały nawrót wystąpił w jesieni. Po przeprowadzeniu tegosamego leczenia, tym razem już w domu, nastało ostateczne wyleczenie. Od tego czasu nie było już żadnych objawów kiszkowych. Dawny chory ma się zupełnie dobrze, wygląda wyśmienicie i z niebywałą wdzięcznością wspomina o swoim pobycie w szpitalu.

Jako przykład łagodnego i bardzo typowego przebiegu posłużyć może następujące spostrzeżenie:

K. P., żona wyższego urzędnika technicznego, lat 34, przebywała na oddziale od 19 do 22 listopada 1913 r.

W y w i a d y, spisane wprost przez chorą, opiewają: Choroba trwa już od bardzo wielu lat, co najmniej od dziesięciu. Przed 3 miesiącami wystąpiło stanowcze pogorszenie, rzekomo po poronieniu i po skrobaniu macicy. Bóle, które poprzednio były niezbyt wielkie, odznaczają się obecnie wielkiem nasileniem. Stolec zaparty, oddawanie stolca połączone z uczuciem kurczu w kiszce. Od czasu do czasu pojawia się obficie śluz, bądź to jako zbita szklista masa, bądź w postaci długich taśm i pasów. Chora czuje się stale zmęczoną, jest przytem chorobliwie wrażliwa, cierpi na uderzenia krwi do głowy. Najmniejsze wzruszenie wznieca przytem obfite wydzielanie potu i śliny. Z innych szczegółów wywiadowych zasługuje na uwagę wielka wrażliwość na chłód, która sprawia, że często powstają dreszczyki, po nich poty, po których pojawia się zaczerwienienie skóry i uczucie palenia. W młodych latach miała chora kilka razy napady skurczu akomodacyi. — Ściśle biorąc, wystarczyłyby już same wywiady do rozpoznania choroby.

Z b a d a n i a dodamy do nich: Budowa ciała dobra, odżywienie, o ile chodzi o podściółkę tłuszczową, nazbyt dobre, natomiast mięśnie słabo rozwinięte. Skóra zmienia barwę co chwila, czerwieni się, to blednie. W zachowaniu się chorej nie ma zupełnie rysów, właściwych histeryi. Spostrzeżenia, odnoszące się do swego stanu, opowiada chora spokojnie, zupełnie przedmiotowo, nie rozpływa się w żalach i w skargach. W narządach wewnętrznych niema zmian z wyjątkiem wyraźnej tkliwości wzdłuż kiszek grubych, najwyraźniejszej, podobnie jak w poprzednim przypadku, nad kiszką esowatą. Tętno zmienne, liczba tętna między 54—88. Parcie krwi, obliczone według v. Recklinghausena: średnie 96 m/m Hg, rozkurczowe 66 m/m Hg, skurczowe 133 m/m Hg. Odsetkowy skład ciałek białych: neutrochłonnych 57·3%, limfocytów i wielkich jednojądrzastych 30·4%, przejściowych 6·8%, eozynochłonnych 5·6%. Badanie kału potwierdziło zupełnie opowiadania chorej. W śluzie sporo eozynochłonnych leukocytów.

Po 0·005 gm pilokarpiny wystąpił silny odczyn w postaci obfitych potów, ślinienia, gwałtownego przelewania się w kiszkach — (»gewaltige Rumoren in den Gedärmen«, według wyrażenia chorej) — czemu towarzyszyły napływ krwi do głowy i zaczerwienienie twarzy, zawrót głowy, niepokój i nudności.

Po stwierdzeniu tych szczegółów polecono chorej leczenie podobne, jak w poprzednim przypadku. Już po 2 tygodniach nastała znaczna poprawa, wydzielanie śluzu zmniejszyło się znacznie, bóle pojawiają się jeszcze, ale w łagodnej tylko postaci.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Sprawozdania.

Rzut oka na operacyjne leczenie raków.

Sprawozdanie poglądowe.

Podał

Dr Adolf Klęsk.

Wyniki ogólne operacyjnego leczenia raków nie uległy niestety w ostatnich czasach wybitnej zmianie na lepsze. Składa się na to kilka przyczyn.

O ile z jednej strony operujemy obecnie pewniej, rozleglej, t. j. doszczętniej, częściej i wcześniej, o tyle z drugiej strony, właśnie dzięki postępowi techniki, przypuszczamy do operacyi obecnie i przypadki cięższe, dawniej uznawane za nie nadające się do operacyi, a zwłaszcza ufni w korzystne nieraz działanie promieni Röntgena, radu, toru itd., operujemy obecnie nieraz »i l e m o ż n o ś c i w zdrowych granicach«, licząc na to, że następowe leczenie zniszczy do reszty gniazda rakowe ew. pozostałe w ustroju. Nowsze sposoby leczenia nieraz mają nawet ten skutek, że nowotwór, na razie zupełnie do operacyi się nie nadający, z czasem czynią podatnym do operacyi i zabiegu na nim się

dokonuje. Już te same powody muszą pogarszać ogólną statystykę, zwłaszcza że statystyka rakowa jest niestety bardzo dowolną i jeszcze, mimo usiłowań towarzystw zwalczania raka, nie uzyskaliśmy pod tym względem jednolitości. Jeżeli jeszcze dodamy do tego, że różni operatorzy pojmują bardzo rozmaicie nadawanie się nowotworów do operacyi, to nie zdziwi nikogo, że w statystykach spotykamy nieraz uderzające różnice. Jeden n. p. twierdzi, że zaledwo w 10% miał zupełne wyleczenia, drugi znów, że tylko w 10% ich nie miał.

W pracy niniejszej zamierzam odpowiedzieć na następujące pytania:

1) Czy doświadczenie ogólne, a chirurgów w szczególności, przemawia za tem, że rak staje się coraz to częstszą chorobą?

2) Czy wyniki operacyi raków są obecnie lepsze, niż dawniej?

3) Jak przedstawia się sprawa nawrotów raka po operacyi?

Co do częstości raka, to zdaje się nie ulegać wątpliwości, że rak obecnie jest cierpieniem częstszem, niż dawniej. Wprawdzie nikt nie zaprzeczy, że zwiększa się obecnie ludność po miastach, że raka rozpoznaje się lepiej, że lekarze badają zwłoki i t. d., powody te jednak nie mogą wytłómaczyć znacznie zwiększonej liczby schorzeń na raka w porównaniu z innemi chorobami, co do których zachodzą takiesame okoliczności.

Tak n. p. zwiększania się liczby przypadków raka dowodzą liczby zestawione rok po roku, których narastanie nie może być odniesione jedynie do wspomnianych przyczyn.

Według rządowego zestawienia umarło w jednym kwartale w Prusach na raka osób: w r. 1910 — 7103, 1911 — 7267, 1912 — 7407, 1913 — 7782.

Również i w materyale sekcyjnym Berlina stwierdził zwiększenie się liczby raków Orth (Berl. kl. Woch. 1909, 13), porównując swoją statystykę ze statystyką Virchowa.

»72 Annual Report of Register General in England and Wales« podaje, że od roku 1869—1909 śmiertelność z powodu raka wzrosła w Anglii w dwójnasób, i to wszystkich postaci raka, mimo to, że od tego czasu częstość skutecznych operacyi bardzo się zwiększyła.

Podług Theilhabera (Tow. gin., Frankfurt 1909) w Monachium do roku 1875 umierało na raka 8 osób na 10.000 mieszkańców, a w roku 1909 umarło 16 na 10.000. W Norwegii podług Geirsvolda (Nord. med. Arch. 1902) w r. 1865 umierało na raka osób 2 na 10.000, w r. 1907 zaś 8 na 10.000. Przez ten czas liczba lekarzy zwiększyła się dwa razy. Podług Wernera (Münch. med. Woch. 1911, 44) od roku 1883 do 1907 śmiertelność w Bawaryi z powodu raka zwiększyła się o 1/3 ogólnej liczby. W Monachium wynosi ona również około 10 na 10.000.

Towarzystwa ubezpieczeń na życie wykazują, że liczba schorzeń na raka ogólnie się zwiększa, ale w niektórych grupach ludzi naodwrót zmniejsza się, a należą tu przedewszystkiem abstynenci, którzy żyją zwykle bardzo higienicznie. Podług Dollingera na Węgrzech wypada średnio 42 przypadków raka na 10.000 mieszkańców, a zgonów 8·15 na 10.000. Statystyka ta zgodna jest zatem zupełnie z obliczeniem norwegskiem.

Celli w Rzymie wykazał graficznie stałe zwiększanie się śmiertelności na raka we Włoszech.

Bashford w swym słynnym odczycie w Berlinie (r. 1912) twierdzi, że obecnie co piąty mężczyzna, a co siódma kobieta cierpi na raka. W rodzinach złożonych z 5 członków występuje rak w 51%. Podług tegoż autora w r. 1866 na milion ludzi było 480 przypadków raka, obecnie zaś 1008.

Jak wspominaliśmy, odnoszą niektórzy to pozorne, ich zdaniem, zwiększenie się liczby raków do lepszego obecnie rozpoznania raka. Niestety klinika tego nie potwierdza.

I obecnie bowiem jeszcze bardzo często nie rozpoznajemy raka, a wszystkie podane odczyny raka zwykle udają się dopiero wtedy, gdy rak jest już uogólnionym. Podług statystyki raka w Pensylwanii lekarze niemal w 20% nie rozpoznają jeszcze obecnie raka. Podług Bashforda odsetek ten wynosi przy rakach narządów wewnętrznych 37·8%. Riechelmann twierdzi, że w szpitalach nie rozpoznaje się raka w 22%, a w praktyce domowej pewnie jeszcze częściej. Wątpię bardzo, by cyfry te dawniej były o wiele gorsze, a z pewnością nie mogły one iść w parze ze zwiększeniem się ilości schorzeń na raka, lecz obecnie jest on chyba cierpieniem częstszem.

Dalej zaznaczyć musimy, że taksamo zwiększyła się liczba raków zewnętrznych, których rozpoznanie nie jest przecież zbyt trudne. Wreszcie stwierdzono, że rak zjawia się obecnie coraz to częściej u osób młodych.

Czy wyniki operacyi raków są obecnie lepsze, niż dawniej? Na początku niniejszego sprawozdania poruszyliśmy już to pytanie z innego stanowiska. Obecnie omówimy statystyczne dane chirurgów. Jednym z najczęstszych i statystycznie najlepiej może, bo dość jednolicie opracowanych raków, jest rak sutka.

Podajemy tu bardzo znamienne zestawienie wyników operacyi raka sutka różnych chirurgów w porządku chronologicznym:

chirurg	data	wyleczeń
Esmarch	1850—1878	11·7%
Billroth	1867—1876	4·7%
Mikulicz	1871—1878	9%
Volkmann	1874—1878	11%
Gussenbauer	1878—1888	16·7%
König	1875—1885	22·5%
Krönlein	1881—1893	19·4%
Angerer	1890—1900	16·9%
Albert	1890—1900	25%
Bergmann	1882—1899	28·7%
Eiselsberg	1896—1900	22·7%

Widzimy z tego, że do roku 1880 odsetek stałych wyleczeń nie przekroczył liczby 20%, a przekracza 20% między rokiem 1880 a 1900. Jest tu więc postęp widoczny, ale nie bardzo znów znaczny. A jakże przedstawiają się obecne statystyki? Niestety są one tak rozmaite, że porównywać je trudno; zaprzeczyć się jednak nie da, że obecny odsetek zupełnych wyleczeń (choć i to pojęcie uległo zmianom, o czem poniżej) jest przy raku sutka znacznie większy. Wynosi on bowiem podług większości statystyk niemal 40%, chociaż nie brak i takich, którzy obliczają go zaledwo na dwadzieścia kilka (Guleke, Schmidt, Finsterer, Schwarzkopf, Wunderli). Depage (II międzynar. Zjazd. chir.) podaje go na 46·5%, natomiast Henry tylko na 7%. Naturalną jest rzeczą, że ten chirurg, który dobiera przypadki, będzie miał odsetek wyleczeń większy, ten zaś, który operuje wszystko, — mniejszy. I z tego też powodu statystyki nasze kuleją, bo nie mamy tu żadnego prawidła. Co do raka sutka, to możnaby się trzymać schematu Steinthala. Dzieli on raki sutka na trzy grupy: 1) Guzy rosnące wolno, ze skórą nie zrosłe, gruczoły sąsiednie małe. 2) Guzy rosnące szybciej, zrosłe ze skórą, gruczoły pachowe duże. 3) Guzy rosnące bardzo szybko, zajęcie gruczołów nadobojczykowych. Podług Steinthala grupa pierwsza daje po operacyi 75% wyleczeń, druga 30%, trzeciej nie warto operować, bo zaraz tworzą się nawroty (Beitr. z. kl. Chir. t. 46 Spl.). Mniej więcej 10% przypadków nie nadaje się już do operacyi (Schwarzkopf, Beitr. z. kl. Chir. 80. II). Do grupy pierwszej należą n. p. raki sutka u osób starszych, pozostające nieraz latami na jednym stopniu.

Przy rakach innych narządów takich ogólnych danych nie mamy, a nawet granice nadawania się raków do operacyi pojmowane są przez operatorów bardzo różnie. Czerny w swym odczycie w Uranii (5. III. 1913) podał następującą statystykę trwałych wyleczeń po operacyach raka: raki skórne 80—90% wyleczeń, raki sutka 40% wyleczeń, raki żołądka i jelit 20—30% wyleczeń.

Jeżeli porównamy teraz wyniki nieoperacyjnego leczenia raków, to przekonamy się, że różnica jest tutaj obecnie jeszcze ogromna. Wprawdzie Nahmacher (Med. Klin. 1911 Nr 41) twierdzi, że przy rakach skórnych można radem osiągnąć 93·5% wyleczeń (!), jednakże podług zdania wielu innych wcale tak nie jest, a wiele rzekomych wyleczeń uważać należy za chwilowe tylko przygaśnięcie rozwoju raka. Zdania tego broni n. p. Rehn. Piorunowanie raka daje w najlepszym razie 8% wyleczeń, a 50% wybitnych popraw, nieraz zresztą długotrwałych. Czerny osiąga swymi różnymi sposobami leczenia w 13% wygaśnięcie sprawy, równające się wyleczeniu. Dodać tu jednak zaraz musimy, że sposobami tymi leczy się przeważnie w przypadkach rozpaczliwych, przy rozległych nawrotach i t. p., lub po operacyach częściowych n. p. wyskrobaniu i t. p., a wreszcie raki szczególnie złośliwe, jak n. p. raki jamy ustnej, języka i t. p. Tak n. p. Schindler (Med. Klin. 1913 Nr 49) zaleca bardzo przy rakach jamy ustnej (które dają zwykle smutne rokowanie po operacyi) leczenie radem. Przy leczeniu nieoperacyjnem, względnie niedoszczętnem, wprowadzono obecnie nawet nowe określenie, mianowicie: »poprawa stała«, nie chcąc przesądzać, czy jest to wyleczenie istotne. Statystykę operacyjną raka wargi zebrał Janowsky (Arch. Lang. 65, II. 1902) i podaje odsetek wyleczeń na 49%. Co do raka macicy, to ciekawe zestawienie podaje z kliniki kobiecej lipskiej Aulhorn (Tow. lek. Lipsk XI. 1910). Od r. 1887—1901 operowano drogą pochwy, przyczem było wyleczeń trwałych 36·6%, od r. 1901 do 1909 operowano drogą brzuszną, zyskując wyleczeń trwałych 51%. Seitz (Heg. Beitr. f. Geb. i t. d. XIV) liczbę trwałych wyleczeń po raku macicy podaje na 36%. Przy raku twarzy według Wörnera do r. 1886 osiągano 28·1% trwałych wyleczeń, obecnie zaś 60—80%. Co do raka odbytnicy, to na podstawie zestawienia z niemieckich klinik podaje Krönlein następujące liczby: od r. 1873 do 1899 wyleczeń stałych 14·8%, obecnie zaś około 30%. Co do raków żołądka Weil (Brl. kl. W. 1913 Nr 9) podaje bardzo smutne liczby, od 2—3% wyleczeń.

Widzimy z tego, że trwałe wyniki po doszczętnej operacyi raków nie przekraczają średnio 40%. Niektóre raki dają zawsze złe wyniki, bo się operuje późno ze względu na ukryte położenie i trudne warunki operacyi, lecz są i takie raki, które są łatwo dostępne, a mimo to zwykle bardzo złośliwe (n. p. rak ust, języka i t. p.).

Przechodzimy obecnie do sprawy nawrotów.

I tutaj historyczne zestawienie daje nam wiele ciekawych faktów. Volkmann uznał swego czasu termin trzechletni, jako kryteryum skuteczności operacyi. W ostatnich jednak czasach przedłużono ten termin do lat pięciu. A jednak nie brak wskazówek, że i ten termin nie daje bezwzględnej pewności, że rak został gruntownie i na zawsze usunięty z ustroju. Wiemy, że w miarę czasu po operacyi odsetek nawrotów zmniejsza się. Gejnac (Rus. Wracz 1902 Nr 44) zestawił to, jak następuje: W pierwszym roku po operacyi nawroty występują w 45·9%, po roku do trzech lat w 37·7%, po 3 latach w 15%. Jordan (D. m. W. 1904 Nr 25) spostrzegał nawrót po operacyi raka sutka w 15 lat, a po operacyi języka w 19 lat.

Cameron (Brt. m. J. 6. III. 1909) spostrzegał nawrót po operacyi raka sutka nawet w 27 lat (?). W jednym przypadku w 11½ lat po odjęciu sutka wystąpił rak odbytnicy, lecz o innej budowie (co można tłomaczyć zupełnie niezależnie powstałą sprawą). W trzecim wreszcie przypadku w 9 lat po odjęciu sutka wykazano przy złamaniu uda tamże przerzut [1]). Opisywano też przypadki, w których po odjęciu sutka pojawiał się w kilka lub kilkanaście lat rak w drugim sutku.

Ciekawy fakt podał na II. międzynarodowym Zjeździe chirurgów Depage. Z zestawień swoich przekonał się on, że koło roku 1875 nawroty w miejscu operacyi (głównie przy sutku) wydarzały się w 75% ogólnej liczby, a dalsze w 7·5%, obecnie zaś nawroty miejscowe wydarzają się w 29%, a dalsze w 23%. Fakt ten Depage tłomaczy lepszą obecnie techniką operacyi, a dalej tem, że dawniej chorzy umierali wskutek nawrotów wcześniej, tak, że poprostu nie było czasu na wytworzenie się dalszych przerzutów, czy nawrotów.

Dalej klinika pouczyła nas, że nawroty i przerzuty bywają nieraz złośliwsze od nowotworu pierwotnego.

Pomiędzy pewnymi narządami w stosunku do raka może istnieć związek, i to albo dodatni, albo ujemny. Dodatni objawia się tem, że albo rak pewnego narządu tworzy szczególnie często przerzuty w drugim narządzie, lub też że czynność pewnego narządu może wpływać podniecająco na rozwój raka. Stosunek ujemny objawia się znów naodwrót tem, że czynność pewnego narządu wpływa ujemnie na wzrost raka lub to ujemne działanie występuje wyraźnie po ustaniu czynności tego narządu. Oberndorfer (Tow. lek. Monachium II. 1908) zwrócił n. p. uwagę, że przerzuty raka w kościach występują najczęściej przy raku stercza, sutka i tarczycy, i to jeszcze w ten sposób, że przy raku tarczycy kość ulega zniszczeniu, a przy innych naodwrót pobudzeniu do wzrostu, o czem wspomina także Recklinghausen. Simmonds (Münch. med. Woch. 1914, Nr 4) przekonał się o bardzo częstych przerzutach raka, w przysadce mózgowej przy nowotworach sutka, przyczem nieraz zjawia się także cukrzyca wrzekoma. Raki płuc tworzą często przerzuty w mózgu i t. d.

Związki takie spostrzegamy też nieraz przy raku sutka. Rak sutka może przybrać zatrważający przebieg w ciąży lub przy karmieniu (mastitis carcinomatosa), a naodwrót u kobiet w podeszłym wieku, u których czynność jajnika ustała, raki sutka przybierają nieraz postać bardzo łagodną. W tej też myśli za radą Beatsona z Glasgowa stosowano zwłaszcza w Anglii wycinanie jajników przy nawrotach, lub, jak Morisson, równocześnie z odjęciem sutka u osób nawet młodych. Lett zebrał 99 przypadków nieoperowanego raka sutka, leczonego wytrzebieniem. Z tego w 23·3% nastąpiła poprawa (w 13·1% nawet bardzo wielka). Jeżeli wytrzebienia dokonano przed 50. rokiem życia, to wynik był jeszcze lepszy.

Klinika i autopsye pouczyły także, że pewne raki tworzą przerzuty niemal zawsze, inne zaś rzadko, i to nietylko zależnie od swej budowy, ale także i zależnie od siedziby. Tak n. p. Mielecki (Zt. f. Kreb. 13. III) podaje, że raki skóry, pęcherza, szczęki górnej, trzustki, przełyku i macicy prawie w 50% nie tworzą przerzutów, inne natomiast, jak sutka, płuc i t. p. prawie zawsze je tworzą. Im osobnik starszy, tem zwykle liczba przerzutów jest mniejsza. Tak zwane charłactwo rakowe nie jest wcale szczególną cechą raka, bo często go brak, mimo że nowotwór jest bardzo duży i wytworzył już przerzuty. Występuje ono zwykle w razie ropnia lub zgorzeli nowotworu, lub też przy mechanicznym wpływie guza nowotworowego na ważne dla życia narządy.

Tak zwane samowyleczenie się raków mimo zaprzeczeń ze strony wielu badaczy nie da się jednak wykluczyć, a Bashford oblicza je nawet na 1%, co jednak bezwarunkowo jest przesadą. Te samowyleczenia spostrzega się nieraz po operacyach niedoszczętnych (n. p. wyskrobaniach przy raku macicy), dalej po przebyciu chorób zakaźnych gorączkowych, a w ostatnich czasach Theilhaber i Edelberg zwrócili uwagę, że nieraz rak znika po dużych utratach krwi, tak że nawet w przypadkach rozpaczliwych nawrotów radzą oni próbować wielkich upustów krwi. W kierunku samoleczenia działają nasze obecne nieoperacyjne sposoby leczenia światłem, elektrycznością, arsenem, krzemem, salicylem, chininą, a wreszcie drogą krwi. Modna obecnie chemoterapia z jednej strony zwiększa autolizę ko-

[1]) W przypadkach powyższych usunięto tylko sutek bez wypaproszenia pachy.

mórek rakowych, a z drugiej wywołuje niedokrwienie i złe odżywienie tkanki rakowej. Do tego celu używa się obecnie także metali ciężkich, a Caspari (3 międzyn. Zjazd rak. Bruksela 1913) zauważył przytem fakt, że jedne raki są zupełnie odporne, na metale inne zaś nie. Stosowanie zabiegów chirurgicznych opiera się na przekonaniu, że rak w początkach jest cierpieniem miejscowem, a nie chorobą ogólną. Nawet w razie tworzenia się przerzutów lub nawrotów walczymy z rakiem miejscowo i zaprzeczyć się nie da, że niekiedy przecież w końcu nóż chirurga odnosi zwycięstwo. Niestety jednak nie brak faktów, wskazujących, że rak nieraz niemal od samego początku jest już chorobą ogólną i że wtedy miejscowe wycięcie guza niewiele pomaga, a nawet nieraz wprost pobudza do tworzenia się przerzutów i uogólnienia się nowotworu. Pamiętam dobrze inauguracyjny wykład jednego z naszych chirurgów, w którym oświadczył on, że chirurgia w sprawie operacyi nowotworów straci wiele z obecnego zakresu, bo musi nadejść czas leczenia nowotworów bez noża. A dodam tu, że tenże chirurg w praktyce należy właśnie do najgorętszych i najradykalniejszych operatorów raka.

W życiu często musimy postępować nawet wbrew naszemu przekonaniu o skuteczności naszych dążeń. Wszakże i żołnierz na straconym posterunku także walczy do ostatniej kropli krwi, choć nieraz ani na chwilę nie przypuszcza, by mógł zwyciężyć; ale honor i sumienie tak mu każą. I my też nieraz, operując raka, dobrze czujemy, z jak strasznym walczymy wrogiem i często łudzimy się tylko nadzieją, że chorego uratujemy. Słusznie jeden z mistrzów chirurgii zaznaczył, że operacya raka należy właśnie do tych, o których publiczność mówi, »że się udała«, t. j. chirurg trafił właśnie na chwilę stosowną.

Na szczęście przychodzą nam obecnie z pomocą po operacyi różne nowe sposoby leczenia raka i powinniśmy też dzisiaj zawsze z nich robić użytek, zwłaszcza że n. p. leczenie promieniami Röntgena jest teraz dostępne dla każdego chorego. Na razie przeto i nadal należy uważać nóż za jeden z najpewniejszych sposobów, jeżeli już nie leczenia, to przynajmniej usuwania raka, a ufając w pomagające następowemu leczeniu sposoby nieoperacyjne, należy podejmować zabiegi nawet u takich chorych, których dawniej nie operowaliśmy. Nie powinniśmy też odpychać od siebie chorych, którzy godzą się na usunięcie nowotworu, a n. p. nie zgadzają się na usunięcie gruczołów, lub żądają częściowego usunięcia nowotworu z zachowaniem danego narządu.

Nowoczesna chemoterapia budzi tu i ówdzie nadzieję, że znajdzie może sposób leczenia raka, kto wie, czy nie wcześniej, nim poznamy, czem jest rak właściwie. Wtedy też zwalczymy raka zupełnie, to jest usuniemy dziedziczne doń usposobienie, czego chirurgia niestety uczynić nie może. Rak zjawia się w całej pełni zwykle u osób starszych, które już przedtem wydały na świat potomstwo z ew. skazą rakową, a kto wie, czy mimo nawet wyleczenia chirurgicznego, nie pozostaje w ustroju owa skaza, którą ustrój przenosić może na potomstwo i którą, o ile istnieje, mogłoby usuwać jedynie szczepienie ochronne.

Uodpornianie przeciwko nowotworom od czasów Jensena zaprzątało ciągle umysły badaczy. Dotąd nie udało się uzyskać u zwierząt odporności przez stosowanie komórek martwych przed zaszczepieniem raka, a próby z wszelkiego rodzaju surowicami wypadają ujemnie. Emmerich i Scholl używali surowicy ludzi, którzy przebyli różę. Coley stosował wyciąg z paciorkowców i prątka krwawego, Doyen surowicę, uzyskaną zapomocą »micrococcus neoformans«, Schmidt t. zw. antimeristem (z hodowli pierwotniaków i mucor racemosus), Engel uodporniał świnki morskie surowicą osób rakowatych, a później surowicę tych świnek stosował u ludzi, Grünbaum wstrzykiwał przy raku macicy surowicę z klaczy, chorej na nabłoniaka pochwy, Delbert wstrzykuje operowanemu podskórnie jego własny nowotwór, Fichera stosuje w tym celu autolizaty guzów, a Hodenpyl płyn z jamy brzusznej chorego wyleczonego z raka. Podług Koenigsfelda (Med. Klin 1913 Nr 27) najlepsze jeszcze wyniki daje uodpornianie czynne, natomiast bierne pozostało dotąd bez skutku.

Do leczenia nowotworów autolizatami zachęca obecnie znowu gorąco Lunckenbein (M. m. W. 1914 Nr 1), i to nawet nietylko w przypadkach rozpaczliwych. Lunckenbein utrzymuje, że tym sposobem leczenia osiągał wyniki wcale dobre.

Sprawą zupełnie dotąd zagadkową jest t. zw. złośliwość nowotworów. Nieraz dwa klinicznie i anatomicznie zupełnie jednako przedstawiające się guzy, mimo to potem zupełnie inaczej przebiegają co do tak zwanej złośliwości. A nawet jeden i ten sam guz zachowuje się różnie, raz rośnie szybko, to znowu róść przestaje i t. p. Wprawdzie doświadczalnie udało się u zwierząt szczepionych zwiększać lub zmniejszać złośliwość nowotworów, nie rozjaśniło to nam jednak ani trochę tej sprawy u ludzi. Wiemy, że rak zwykle jest tem złośliwszy, im młodszy wiek chorego, wiemy że nawroty i przerzuty są zwykle złośliwsze, a na różne sposoby leczenia (n. p. promienie Röntgena, rad) znacznie nieraz odporniejsze, lecz na czem polega to zwiększenie złośliwości i odporności, niewiadomo.

Nowe sposoby leczenia pouczyły też, że taksamo napozór zbudowane raki zachowują się bardzo różnie względem pewnych środków czy też sposobów leczenia. Jedne n. p. są bardzo odporne na promienie Röntgena, inne znów podatne, podobnie na leczenie lekami, n. p. metalami, choliną, salwarsanem i t. p.

To różne zachowanie się nowotworów jest też często powodem, że nasze, niejako »szkolne« rokowanie nie sprawdza się. Zgłasza się do nas nieraz chory z typowym nowotworem, stwierdzonym nawet drobnowidowo, my proponujemy mu operacyę, przedstawiając grozę położenia, chory się na nią nie zgadza i parę lat mija, a guz wcale nie rośnie, ba nawet czasem zmniejsza się! Zwłaszcza spostrzegać to można przy mięsakach. Z tego też powodu kilku koryfeuszów chirurgii, a zwłaszcza Rovsing, zwątpiło w doniosłość badań drobnowidowych. Nieraz mikroskop poucza, że nie wycięliśmy nowotworu w całości, a mimo to chory miewa się latami znakomicie i śladu nowotworu niema. Tak zaś już przyzwyczailiśmy się do złego rokowania przy stwierdzeniu nowotworu złośliwego, że nie możemy wyjść z podziwu, jakim sposobem nowotwór nie rozwija się dalej.

A jednak fakta te świadczą tylko o tem, że stwierdzenie obecności guza złośliwego, to tylko może jeden objaw czy brak jego, w szeregu innych, daleko ważniejszych, od których zależy to coś, co właśnie rozstrzyga o dalszym losie chorego dotkniętego nowotworem. To coś, to właściwa przyczyna raka, której niestety nie znamy i której usunąć nie możemy. Ona to sprawia, że nawet najenergiczniejsze i najrozleglejsze zabiegi są nieraz bezskuteczne, a naodwrót, że ustrój daje sobie rady, choć część nowotworu w nim jeszcze i po operacyi pozostaje. To coś wywołuje przerzuty, a gdy ono zniknie, to i duży nowotwór może zniknąć »sam z siebie«, jak mówimy. Jeżeli chemoterapia skutkuje, to właśnie z tego powodu, że działa na tą nieznaną przyczynę. Owrzodzenie rakowe, gdy ta nieznana przyczyna zniknie z ustroju, można doskonale zagoić tak, jak każdy inny wrzód i nie brak doniesień o zagojeniu takich wrzodów nowotworowych chininą, arszenikiem, krzemem, salicylem, światłem słonecznem, i t. p.

Jeżeli obecnie wyjątkowo operujemy guzy kiłowe, to z pewnością w przyszłości tak samo będzie i z nowotworami.

Nowotwory powstałe wskutek pewnych podrażnień, działających na cały ustrój, są zwykle bardzo złośliwe. Za naszych czasów powstał n. p. nowy rodzaj raka, t. zw. rak rentgenowski, który cechuje właśnie wielka złośliwość, i to napewno z tego powodu, że przez rentgenizacyę albo przedwcześnie pobudziliśmy w ustroju działanie owej nieznanej przyczyny, lub też ją sztucznie wytworzyliśmy. Gdybyśmy

tę nieznaną przyczynę poznali, to wszystko dla nas byłoby jasnem, a więc i miejsca ulubione siedziby raka, zmiany jego złośliwości, znikanie, nawroty i t. p.

Temi kilku uwagami pragnąłem uzupełnić niejako statystyki leczenia operacyjnego raków. Chirurgia zrobiła to, co mogła, i bardzo jest wątpliwem, by wyniki leczenia chirurgicznego zbyt wiele się poprawiły w przyszłości; rak bowiem bezwarunkowo należy do cierpień, które leczyć trzeba ogólnie, chirurgia zaś na razie spełnia tu zadanie chwilowe, bo obecnie lepszego środka leczenia od niej nie znamy. Nieraz operuje się nawroty i po kilka razy i w końcu chorego się ratuje. Niejeden z nas jednakże odnieść tu musiał wrażenie, że to nie on sprawę wstrzymał w rozwoju, lecz że sama wygasła i chory żyje, mimo że przecież doskonale czujemy gruczoły, zgrubienia i t. p., które obecnie sprawiają wrażenie wygasłych niejako wulkanów.

Zapiski lecznicze, nowe leki, sposoby i narzędzia.

Doświadczenia z tuberkuliną Rosenbacha. (Ther. d. Geg. 1913, listopad). Tuberkulina Rosenbacha ma tę zaletę w porównaniu z innemi tuberkulinami, że jest mniej trująca. Dalsza zaleta leży w wielkiej wygodzie w stosowaniu, gdyż można wprost z flaszeczki naciągnąć odpowiednią ilość do strzykawki, nie potrzeba sporządzać rozcieńczeń. Wadą jest tylko wysoka cena; do przeprowadzenia jednorazowego leczenia potrzeba około 15 cm^3 tuberkuliny, co kosztuje 15—20 marek. Działanie lecznicze tuberkuliny Rosenbacha jest według doświadczenia autora bardzo wybitne, w pewnych granicach oczywiście, gdyż, jak wiadomo, przetwór ten nie jest, jak zresztą żadna tuberkulina, idealnym środkiem leczniczym. Leczenie rozpoczyna się od wstrzykiwań ilości 0·1 cm^3 i o ile nie wystąpią właściwe odczyny, zwiększa się dawki stopniowo do 1·5 cm. Już podniesienie się ciepłoty do 37·5° uważa się za odczyn. Wstrzykiwania robi się 3 razy tygodniowo, mianowicie śródmiąższowo w mięśnie grzbietu. Dawkę 1—5 cm^3, jeśli się do niej dojdzie, podaje się jeszcze pewien czas i nagle przerywa się leczenie. Wstrzykiwania są czasem bolesne, chorzy znoszą je jednak dobrze. Większych miejscowych odczynów nie spostrzegano; czasem chorzy skarżyli się na brak apetytu, zawroty i lekkie oszołomienie, zresztą przejściowe. Kilkakrotnie spostrzegano wysypkę podobną do pokrzywki, względnie do płonicy. N.

Sprawy Towarzystw naukowych

Akademia Umiejętności w Krakowie.

Wydział matematyczno-przyrodniczy.

Posiedzenie d. 5 stycznia 1914.

Czł. A. Beck przedstawił pracę p. J. Rothfelda: **O wpływie doświadczalnych obrażeń rdzenia przedłużonego na odczyny ruchowe z przedsionkowego narządu ucha.**

Eksperymentalne obrażenia rdzenia przedłużonego w zakresie jądra Deitersa wywołują samoistne drżenie gałek ocznych (nystagmus), ich skośne ustawienie, patologiczne ustawienie głowy, zaburzenia równowagi ciała i ruchy przymusowe. Stopień nasilenia tych objawów zależy od umiejscowienia, jakoteż od wielkości obrażenia. Przy obrażeniach, znajdujących się w części przednio-ogonowej i środkowej jądra Deitersa, drżenie gałek ocznych i patologiczne ustawienie głowy mają kierunek ku tej stronie, po której znajduje się zranienie; drżenie jest poziome ze składową obrotową ku tyłowi (nystagmus horizontalis et rotatorius). Przy obrażeniach w częściach wyżej leżących, oralnych, drżenie zwrócone jest ku stronie zdrowej i jest drżeniem pionowem (nystagmus verticalis). Zaburzenia równowagi ciała występują w postaci samoistnych ruchów kołujących, w postaci padania i toczenia się ku stronie obrażenia. Badaniem błędnika można stwierdzić osłabienie i ubytki odczynów ocznych i odczynów ruchowych, mające swe źródło w przedsionku ucha. Najwybitniej zmienione są odczyny ruchowe po obracaniu zwierzęcia na krześle obrotowem przy ułożeniu normalnem głowy (odczyn kołowania) i przy głowie uniesionej o 90° ku górze (odczyn padania), obracanie przy ułożeniu bocznem głowy wywołuje mimo obrażeń odczyny typowe (bieg ku przodowi lub cofanie się ku tyłowi). Zakres jądra Deitersa wywiera zatem niewątpliwy wpływ na odczyny kołowania i padania, nie ma natomiast wpływu na odczyny, występujące po obracaniu przy bocznem ułożeniu głowy zwierzęcia; te dwa odczyny są prawdopodobnie umiejscowione w jądrach móżdżku. Obrażenia powrózka tylnego podłużnego wywołują objawy podobne, jak zranienia w zakresie jądra Deitersa i zależą od miejsca, w którem powrózek przecięto. Powrózek tylny podłużny przewodzi bodźce błędnikowe dla mięśni szyjnych, położonych po stronie przeciwległej uchu drażnionemu.

(Oprócz tego przedstawiono szereg prac z zakresu przyrodniczego).

Sekretarz zawiadomił o posiedzeniu komisyi antropologicznej, odbytem w d. 4 XII. 1913, na którem prof. Talko-Hryncewicz zdał sprawę z badań własnych, p. Frankowskiego, oraz z badań prof. Wrzoska, dokonanych wspólnie z p. Maryą Wrzoskową w lecie 1913.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z d. 28. I. 1914.

Obecnych 86 członków. Przewodniczy kol. Kader.

1. Prezes podaje wiadomość o śmierci Dra Festenburga i poświęca kilka słów pamięci zmarłego, których zebrani wysłuchali stojąc.

2. Odczytano protokół z poprzedniego posiedzenia.

3. Kol. Zaremba z Wadowic przedstawia operowany przypadek **wgniecenia kości ciemieniowej i krwiaka podoponowego.**

Chory, mający 24 lat, został 21. XII. 1913 uderzony kulą żelazną, obszytą w skórę i zwisającą na rzemieniu, w lewą okolicę ciemieniową, wskutek czego powstało dość płytkie wgniecenie sklepienia czaszki bez zranienia powłok skórnych. Po urazie stracił chory tylko na chwilę przytomność i upadł, przyszedł jednak zaraz do siebie i powrócił o własnych siłach do domu. Od pierwszej jednakowoż chwili stracił mowę. Odwiezienia następnego dnia do szpitala w Wadowicach, oraz wszystkiego, co się z nim działo w pierwszych dniach, nie pamięta. W dniu przyjęcia do szpitala stwierdzono prócz opisanego już wgniecenia kości ciemieniowej lewej, niedowład częściowy ręki prawej. Tętno wynosiło 54 na minutę. Na drugi dzień po przyjęciu do szpitala wystąpiły pierwsze drgawki w ręce porażonej i w prawej połowie twarzy, tętno opadło do 48 na minutę. W ciągu następnej doby drgawki wystąpiły 7 razy, a w dalszej dobie powtórzyły się 22 razy. Wystąpiły wyraźne porażenia prawej kończyny górnej i prawej połowy twarzy w czasie spokoju, przerywane coraz dłużej trwającemi drgawkami, połączonemi z sinicą twarzy, zupełną utratą przytomności i bezwiednem oddawaniem moczu i kału. Wobec tych groźniejszych objawów zdecydowałem się na wykonanie trepanacyi czaszki w piątym dniu pobytu chorego w szpitalu, a w szóstym po doznanym urazie. Wyciąwszy osteoplastyczny płat czworokątny szczypcami kostnemi Dalgrena,

obejmujący obwód nieco większy od wgniecenia, widocznego na czaszce, podważyłem i odłożyłem tę wyciętą kość w związku z częściami miękkiemi z szeroką szypułą ku dołowi. Po odchyleniu tego płata okazało się, iż wgniecenie było skutkiem wielokrotnego złamania, i to w kilku promieniach nierównych pęknięć, wychodzących od środka wgniecenia i pęknięć okrężnych. W 2 miejscach była blaszka wewnętrzna odłamana całkowicie, a odłamki te leżały wolno na oponie twardej, reszta zaś odłamków była złączona z płatem skórnym; troską moją zatem w czasie operacyi było związku tego nie uszkodzić. Opona twarda okazała się nigdzie nieuszkodzoną, natomiast w dolnym tylnym odcinku odkrytej prostokątnej powierzchni opony twardej przeświecała z pod niej niebieskawym odcieniem wybroczyna podoponowa. Rozciąłem zatem oponę twardą najprzód w kierunku poziomym, dołączając potem drugie cięcie w kierunku pionowym od tyłu tak, aby módz odchylić trójkątny płat opony twardej w odwrotnym kierunku, t. j. podstawą szerszą tego płata, ku twarzy chorego zwróconą. W ten sposób odkryłem przypuszczalnie część dolną $^1/_3$ średnią i górną część $^1/_3$ dolnej części przebiegu środkowej bruzdy mózgowej i zakrętów mózgowych, otaczających tę bruzdę, w której znajdują się ośrodki ruchowe dla kończyny górnej i dla twarzy. Pod wpływem ucisku nagromadzonej nad niemi krwi wystąpiły niezawodnie objawy stwierdzonego porażenia kończyny górnej i twarzy, niemoty i zwolnienia tętna, oraz podrażnienia kory mózgowej w postaci tak groźnych napadów drgawek. Równocześnie dało się spostrzedz, iż z pod tylnego brzegu rozciętej opony twardej wypływa wciąż ciemna krew znacznym strumieniem nieprzerwanym z przerwanego naczynia krwionośnego, przebiegającego wśród opony miękkiej. W miejsce to pomiędzy powierzchnię mózgu a oponę twardą wprowadziłem płaskim końcem zgłębnika szeroko rozłożony cienki tampon z gazy nowojodynowej, a prócz tego założyłem drugi tampon pomiędzy oponę twardą, a sklepienie czaszki. Krwawienie ustało, mimo że ucisk tamponami starałem się wywrzeć jaknajmniejszy, aby powierzchni mózgu nie uszkodzić i nie sprawić samym tamponem dalszych objawów ucisku mózgowego. Wyprowadziwszy wolne końce tamponów przez tylny dolny odcinek rany na zewnątrz, zeszyłem oponę twardą katgutem, pozostawiając tylko otwór, potrzebny do wypuszczenia dolnego tampona. Odłamki kości pogruchotanej wskutek pierwotnego wgniecenia na odchylonej odkrywce wyrównałem tak, aby stanowiły znowu prawidłowe sklepienie i zeszyłem całą ranę skórną od strony twarzy chorego i od góry, pozostawiając jedynie tylne ramię nie zaszyte, przez które wypuszczone zostały końce tamponów uciskowych na zewnątrz rany.

W następnym dniu po operacyi stan chorego poprawił się jedynie co do liczby uderzeń tętna, które zmieniło się na 72 uderzeń; inne objawy pozostały na razie bez zmiany na lepsze. Chory miał jeszcze na drugi dzień 12 napadów drgawek, na trzeci dzień było ich już tylko 4, a od 4. dnia drgawki nie powtórzyły się więcej. Porażenia również ustępowały stopniowo. Przebieg pooperacyjny był niemal bezgorączkowy: najwyższa ciepłota popołudniowa wynosiła 37,4^0 w szóstym dniu po operacyi. Tętno utrzymywało się po wykonanej operacyi między 60 a 72 uderzeniami. Zmianę pierwszego opatrunku przedsięwziąłem w 8. dniu po operacyi i usunąłem zupełnie tampony z głębi rany, zlewając je obficie perhydrolem celem łatwiejszego wydobycia. Wydzieliny nie było żadnej; wobec tego ograniczyłem się tylko do powierzchownego wytamponowania brzegów rany skórnej. W 11. dniu po operacyi ustąpiła niemota i chory przemówił pierwsze słowo, zażądawszy wody do picia. Odtąd poprawa następowała z każdym dniem. Władza w kończynie górnej prawej również powróciła i porażenie nerwu twarzowego ustąpiło zupełnie. Co do mowy, chory odpowiadał początkowo jakby niechętnie, skąpo; nad zapytaniami namyślał się dłuższą chwilę, zanim odpowiedział; stopniowo i ten objaw ociężałego myślenia ustąpił, a od jakich 2 tygodni ozdrowieniec odzyskał pełnię sił fizycznych i umysłowych, również zupełnie prawidłową mowę. Złamanie czaszki jest wyrównane i twardo zrośnięte. Zauważyć się jedynie daje jeszcze prędsze zmęczenie prawej ręki przy pracy, dające się stwierdzić siłomierzem. Początkowo siła rąk, równa w obu kończynach, wynosi 26 klg. Przy dalszych ściskaniach siłomierza nie zmienia się w lewej ręce, natomiast w prawej wynosi tylko 22 klg, a nawet po wypoczynku 10-minutowym opada jeszcze do 22 klg. (Streszczenie własne).

W dyskusyi zabiera głos a) kol. Kader, twierdząc, że chorzy tacy nieoperowani wcześniej czy później giną; jedynie tylko zabieg operacyjny może ich uratować. — b) Kol. Rydel zapytuje prelegenta, co było w danym przypadku wskazaniem do operacyi: czy krwotok podoponowy, czy też uszkodzenie substancyi mózgowej. W przypadkach uszkodzenia substancyi mózgowej należy zawsze operować. — c) Kol. Zaremba dodaje, że wskazaniem do operacyi były wzmagające się drgawki.

4) Kol. Rouppertowa przedstawia **hodowle paciorkowca hemolitycznego,** który nabrał tej własności dopiero po przeszczepieniu na bulion. Szczep ten paciorkowca został wyhodowany z wydzieliny pochwy.

W dyskusyi kol. Rosner podnosi, że własność hemolityczna paciorkowca bynajmniej nie idzie w parze z ciężkością zakażenia, co zresztą w piśmiennictwie już podnoszono.

5. Kol. prof. W. Jaworski przedstawia przypadek **wzrostu karłowatego,** oraz przypadek **chondrodystrofii** i omawia szczegółowo zależność tych przypadków od gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu.

W dyskusyi zabiera głos a) kol. Glassner wskazując na korelacyę gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu: nieprawidłowe wydzielanie jednego może wywoływać nieprawidłową czynność drugich. — b) Kol. Lewkowicz podnosi, że klinika pedyatryczna takiego przypadku chondrodystrofii nie widziała, zdarzają się natomiast przypadki wprost przeciwne, gdzie chrząstka nasadowa działa prawidłowo, przyrost zaś ze strony okostnej jest nieznaczny, kości są zatem cienkie, a długie. Niewątpliwie na rozwój kośćca ma wpływ grasica. — c) Kol. Zubrzycki sądzi, że zastosowanie próby Abderhaldena w obu przypadkach mogłoby rzucić światło na zaburzenia czynności któregoś z gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu.

6. Kol. prof. W. Jaworski omówił analizę **elektrokardyogramu, otrzymanego odmiennym sposobem** własnego pomysłu (rzecz drukowana osobno). Sposób ten polega na szybszem lub wolniejszem przesuwaniu płyty.

W dyskusyi nad tą analizą zabierają głos kol. Glassner, Mayer i Latkowski.

7. Kol. Mayer omówił sposób **osłuchiwania tonów i szmerów sercowych,** wydobywających się **drogą tchawicy.**

N. Friedreich nadmienia w swojej książce o chorobach serca, że słyszał u siebie, leżąc wśród ciszy, szmer, równoczesny z każdem uderzeniem serca przy wydechu. Autor ten zmarł z tętniaka aorty. Później pojawił się cały szereg prac, zwłaszcza autorów włoskich, o szmerach oddechowych, słuchanych przez usta, oraz o tym szmerze, równoczesnym ze skurczem serca u niektórych osób; przypisywano temu rozmaite znaczenia. Galvagni i jego uczniowie systematycznie osłuchiwali przez jamę ustną, wyniki ich badań były jednak nieznaczne. Takata ogłosił przed dwoma laty pracę o osłuchiwaniu szmerów oddechowych przez usta, przyczem wspomina, że można czasem słyszeć przez usta niewyraźne i nieczyste tony sercowe.

Tymczasem z punktu widzenia akustycznego tchawica stanowi idealną słuchawkę dla osłuchiwania tonów i szmerów sercowych u każdego człowieka, łuk bowiem tętnicy głównej przylega bezpośrednio do przedniej ściany dolnej części tchawicy i siedzi okrakiem na lewem oskrzelu, a najgrubsze odgałęzienia aorty stykają się z tchawicą. Przewo-

dnictwo zatem tonów i szmerów serca, górujących w okolicy aorty, jest daleko lepsze za pośrednictwem powietrza tchawicy, aniżeli przez części miękkie klatki piersiowej, które pochłaniają część fal głosowych i nie są tak dobrymi przewodnikami głosu, jak powietrze, a stają się jeszcze gorszymi przewodnikami w pewnych stanach patologicznych. Aby wyzyskać tchawicę, jakoby stetoskop, przylegający bezpośrednio do samej ściany tętnicy głównej, należy dobrać takie warunki akustyczne, któreby cały słup powietrza od miejsca zetknięcia się tchawicy z aortą aż do ucha badającego zamieniły na jednolitą, zewsząd zamkniętą, a nigdzie w przebiegu nie przerwaną całość. Nadto należy wyłączyć szmery oddechowe bez zamknięcia głośni, a temsamem wyjścia tonów serca. W tym celu trzeba obrać tę chwilę, kiedy obraz krtani za życia jest podobny do obrazu krtani po śmierci, wówczas bowiem niema szmerów oddechowych, ani głośnia nie jest zamknięta. Zdaniem prof. Pieniążka krtań za życia znajduje się w stanie podobnym do krtani po śmierci wówczas, gdy zwykły wydech odbywa się bez żadnego natężenia Szersze omówienie tej sprawy znajduje się w dziele prof. Pieniążka p. t.: »Laryngoskopia« str. 106 i 107. I właśnie chwilę skończonego wydechu należy przedłużyć bez żadnego natężenia; natenczas wśród tej przedłużonej przerwy pomiędzy wydechem a wdechem wydobywają się przez szparę głośni same tylko tony lub szmery sercowe. Następną przeszkodę stanowi nieodpowiednia droga dla tonów serca przez jamę ustną, gdzie podniebienie miękkie z łukami oraz język mogą układać się tak, że przecinają drogę tonom sercowym. Dlatego obrałem inną drogę, mianowicie jamy nosowe przy zamkniętych szczelnie ustach po skończonym wydechu. Toteż tony sercowe, wydobywszy się przez rozwartą szparę głośni, dostają się w całości bez żadnej przeszkody poprzez jamy nosowe aż do otworów zewnętrznych nosowych, które możemy objąć szczelnie zapomocą odpowiedniej słuchawki i połączyć z uchem badającego. W ten sposób mamy do pokonania jedyną przeszkodę, t. j. zamykanie się głośni, a tę przeszkodę usuwamy tak, że polecamy choremu parę razy głęboko oddychać przez usta, a po skończonym ostatnim wydechu zamknąć usta i bez żadnego wysiłku opóźnić się z następnym wdechem. Podczas tej przerwy słychać zawsze tony sercowe dopóty głośno i wyraźnie, dopóki chory potrafi powstrzymać się od wysiłku napinającego głośnię, jak się to dzieje przy zaparciu wydechu.

Praktyczne znaczenie tego sposobu osłuchiwania uwydatnia się przedewszystkiem w tych przypadkach, gdzie przewodnictwo tonów i szmerów od serca poprzez części miękkie aż do powłok zewnętrznych klatki piersiowej jest znacznie upośledzone, jak w rozedmie płuc, przy obecności płynów patologicznych w worku osierdziowym, przy otyłości. Nadto przy osłabieniu mięśnia sercowego i przy znacznych utratach krwi tony i szmery już w źródle swego powstania są osłabione. Niejednokrotnie niektóre z tych czynników schodzą się razem i wówczas przy osłuchiwaniu klatki piersiowej nie można się zoryentować co do tonów, a tembardziej co do szmerów sercowych. W tych przypadkach przedewszystkiem może oddać usługi tchawica, jako słuchawka, przylegająca bezpośrednio do samej ściany tętnicy głównej. (Streszczenie własne).

Związek polski lekarzy i przyrodników w Petersburgu.

XXIV. naukowo-administracyjne posiedzenie Wydziału lekarskiego w dniu 8. (21.) lutego 1913 r.

Obecnych osób: członków 25, gości 8. Przewodniczy wiceprezes Wydziału Dr Sz. Dzierżgowski.

Protokół ostatniego posiedzenia przyjęto.

1) Dr Mieczysław Romanowicz wygłosił wykład: **Badania nad włośnicą** (trichinosis), **powikłanie posocznicą pochodzenia jelitowego, substancye toksyczne, wytwarzane przez zarodki pasorzyta.**

Mowca przytoczył na wstępie zarys historyczny prac nad włośnicą, a potem obecny stan. Stąd wynika, że prócz zniszczenia i zwyrodnienia błony śluzowej dwunastnicy, a także włókien mięsnych, pasorzyt włośnicy wytwarza toksyny, które pociągają za sobą skutki daleko groźniejsze. Prelegent przytoczył swe badania, a w końcu porównywał i inne choroby pochodzenia pasorzytowego (ascaris lumbricoides, taenia solium, botriocephalus latus), twierdząc, że i tu również groźne zaburzenia powstają właśnie wskutek zatrucia ustroju przez toksyny.

Dyskusya: a) Doc. Z. Orłowski powątpiewa, aby rozpoznawanie choroby było trudne; tłómaczy się to tylko rzadkością samej choroby, oznaki bowiem są nader cechujące. Co do eozynofilii, to wynosi ona 75%. — b) Prelegent: Wszystkie oznaki występują dopiero w końcu drugiego tygodnia, gdy już jest zapóźno i chorego uratować nie można. — c) Prof. Ziemacki przytacza własne spostrzeżenia: Jeden przypadek z zejściem śmiertelnem po 4 dniach choroby. Przypadek ten był uważany za dur brzuszny i dopiero sekcya wykazała obecność włośni (trychin). W drugim przypadku 3 słuchaczy w Dorpacie zachorowało po spożyciu szynki na włośnicę; dwóch z nich zmarło. — d) Doc Orłowski zapytuje prelegenta, na który dzień po zapadnięciu spostrzegał eozynofilię. — e) Prelegent: Już od ósmego dnia. — f) Doc. Noiszewski zapytuje prelegenta co do zmian, które zachodzą na spojówce. — g) Prof. Ziemacki zaznacza, że żaden krwotok na spojówce nie następuje, lecz tylko liczne rozszerzenia drobnych naczyń. — h) Doc. Noiszewski: Czy przy samej rogówce? — i) Prof. Ziemacki: I dalej. — k) Prof. Zaleski podnosi znaczenie odczytu, albowiem poruszone przez prelegenta znaczenie toksyn wysuwa obecnie na widownię inne czynniki. Prócz tego zapytuje prelegenta, czy w doświadczeniach na zwierzętach udało się określić termin, kiedy mianowicie następuje zwapnienie. — l) Prelegent: Od 21. dnia pasorzyt wpada w stan otrętwienia; surowica wtedy jest nieszkodliwą. Może nastąpić zwapnienie tylko torebki, a pasorzyt pozostać bez zmiany, ale wtedy już ustaje przesięk toksyn na zewnątrz. — m) Dr Sz. Dzierzgowski zapytuje, dlaczego zakażenie następuje dopiero w dwunastnicy, a nie w żołądku; krew zwierząt bywa jadowitą, mowca zapytuje więc, z jakich zwierząt pochodziła krew i jak prelegent stosował wstrzykiwania. — n) Prelegent daje odpowiednie wyjaśnienia, dodając, że krew brał z białych szczurów i świnek morskich. — o) Prof. Szawłowski zaznacza, że jedynym środkiem, który powinien być stosowany, jest środek przeczyszczający, aby tą drogą wyprowadzać z ustroju potomstwo, które właśnie wstępuje i gnieździ się w dwunastnicy; sok trzustkowy nietylko nie działa na nie zabójczo, lecz widocznie sprzyja rozwojowi.

Przewodniczący w imieniu Zgromadzenia składa prelegentowi serdeczne podziękowanie za pouczający i cenny odczyt.

2) P. Albert Dryjski odczytał rzecz p. t.: **Czucie i świadomość.** Odczyt był oparty na 84 pracach źródłowych i 14 rozmaitych podręcznikach z dziedziny psychologii i psychiatryi. Drogą zestawień mówca twierdzi, że pojęcie świadomości ściśle się określić nie daje, co do czucia zaś przypuszcza, iż jest ono zjawiskiem (bez względu na świadomość lub nieświadomość), gdy na ustrój nerwowy działa podnieta.

Dyskusya: a) Doc. Noiszewski przypuszczał, że prelegent przedstawi różnicę między czuciem i świadomością. W świadomości jest pierwiastek wiedzy, czucie go nie posiada. Te świadomości poczwórne, potrójne i t. d., jest to działanie sugestyi, to przypadki patologiczne, nadają się do kliniki chorób umysłowych. — b) Prelegent przytoczył szereg przykładów, dotyczących różnicy między świadomością i czuciem. — c) Prof. Zaleski mówiąc o szóstym zmyśle, przytoczył doświadczenia na nietoperzach. Co do katalep-

syi, to zjawiska te nie polegają na tem, aby chorzy wykonywali czynność, przedłużającą inną czynność. Na mocy wykładu nie można wywnioskować, jaka jest różnica między świadomością a czuciem. — d) Prof. Szawłowski tłómaczy doświadczenie prof. Sieczenowa, dlaczego żaba pozbawiona mózgu robi odruchy łebkiem przy podrażnieniu pośladków kwasem siarczanym. — e) Prelegent daje wyjaśnienia co do świadomej i nieświadomej świadomości. Przez świadomość nie można tłómaczyć czucia — i w danym razie posiłkuje się logiką. — f) Doc. Noiszewski twierdzi, że o logice można dowolnie mówić, albowiem logiki, jako nauki, niema.

Prezes w imieniu Zgromadzenia dziękuje prelegentowi za odczyt.

W części administracyjnej posiedzenia: 1) Prof. Ziemacki podaje do wiadomości, iż w kwietniu roku bieżącego upływa 50 lat działalności lekarskiej Dra Marcinkiewicza. Uchwalono obrać komisyę, któraby zajęła się tą sprawą. Do komisyi zaproszono: prof. Zaleskiego i Dr Ulińskiego.

XXV. naukowo-administracyjne posiedzenie Wydziału lekarskiego dnia 26. kwietnia (9. maja) 1913 r.

Obecnych osób: członków 20, gości 6. Przewodniczy wiceprezes Wydziału Dr Szymon Dzierzgowski.

Protokół ostatniego posiedzenia przyjęto.

I. Doc. Dr Stanisław Władyczko wygłosił wykład: **O bólach głowy przy obniżonem ciśnieniu w czaszce.** Mówca przytacza szereg przyczyn, od których może zależeć ból głowy i na jedną z przyczyn, a mianowicie przy obniżonem ciśnieniu w czaszce, zwraca szczególną uwagę. Prelegent rozpatruje historye chorób spostrzeganych przypadków; przytacza autorów, którzy spostrzegali napad jaskry (raptus glaucomatosus) po różnych silnych wzruszeniach nerwowych. Na zmiany w oku w danym razie mówca zapatruje się z punktu mechanicznego; tak również zapatruje się i Donders. Prof. Wicherkiewicz tej teoryi nie uznaje, podając własne objaśnienie. Prelegent pokazywał preparaty makroskopowe (z badań swych doświadczalnych) i drobnowidowe. Otóż na mocy swych badań mówca dochodzi do następujących wniosków: 1) Obniżone ciśnienie w czaszce nie pozostaje bez wpływu na stan brodawki nerwu wzrokowego i statykę blaszki sitowatej (lamina cribrosa); przy niezwiększonem napięciu w oku następuje wklęsłość większa, niż fizyologiczna, blizka jaskrowej. Dowodem ujemnego wpływu obniżonego ciśnienia w czaszce na brodawkę nerwu wzrokowego są: a) doświadczenia na psach (Noiszewski, Władyczko) z trepanacyą, zmniejszającą ciśnienie w czaszce i wywołującą widoczną wklęsłość brodawki (excavatio papillae) już w prędkim czasie po operacyi; b) przy nakłuciu mózgu w przypadkach wodogłowia wewnętrznego, jeżeli się często wypuszcza dużą ilość płynu, to następuje potem w niektórych przypadkach dość znaczna wklęsłość brodawki; c) przy nakłuwaniach w okolicy lędźwiowej następują zaraz po operacyi bóle głowy i objawy, jakie się spostrzega przy napadzie jaskry (raptus glaucomatosus); d) niektóre przypadki ślepoty (amaurosis), przyczem brodawka okazywała się obrzękłą, jak to spostrzegali Widal, Toltrain i Weil, a gdzie po kilku nakłuciach następowało prawie zupełne wyzdrowienie. 2) Bóle przy obniżonem ciśnieniu w czaszce (jeżeli temu towarzyszy niezmienione napięcie oka) mogą zależeć od naruszenia prawidłowej statyki brodawki nerwu wzrokowego i blaszki sitowatej, a jednocześnie z tem i od statyki wchodzących do oka razem z nerwem wzrokowym nerwów rzęskowych; naruszenie statyki n. rzęskowych może wywołać odruchowe bóle głowy w okolicach czołowej, skroniowej, a czasami i tyłu głowy. 3) Obniżone zaś ciśnienie w czaszce może zależeć od nadmiernej czynności splotu naczyniowego (plexus chorioideus), który wydziela ciecz mózgowordzeniową. Gdy tej cieczy będzie mniej, przestrzeń międzypochwowa nerwu wzrokowego też będzie jej mniej zawierać, a opona twarda mózgu będzie prawie dotykać samego nerwu, ślepy zaś worek, którym się kończy ta przestrzeń około blaszki sitowatej, będzie mniej zapełniony: stąd naruszenie statyki blaszki i brodawki, a poza tem naruszenie statyki nerwów rzęskowych i bóle. 4) Nadmierna czynność splotu naczyniowego może być przy miejscowej nerwicy nerwu współczulnego, który unerwia i sam splot. 5) Przyczynę nerwicy nerwu współczulnego mogą stanowić różne ciosy psychiczne i nieprzyjemne wstrząśnienia moralne. U chorych tego rodzaju unerwienie splotu naczyniowego jest ich słabym punktem. 6) Przeciwko bólom głowy przy zmniejszonem ciśnieniu stosować należy przedewszystkiem zwykły sposób leczenia jaskry (ezeryna, sklerotomia etc.) przy jednoczesnem leczeniu układu nerwowego. 7) Przy leczeniu przeciwjaskrowem bóle ustępują. 8) Chorzy tego rodzaju nie uskarżają się na wzrok ani też na oczy wogóle. — W końcu prelegent dodaje, iż badanie oczu w takich razach jest niezbędne; albowiem tylko tą drogą uda się wykryć istotną przyczynę bólów głowy.

Prezes w imieniu Zgromadzenia składa prelegentowi podziękowanie za pouczający i zajmujący odczyt.

Przewodniczący Dr Szymon Dzierzgowski ustępuje miejsca przewodniczącego Dr Mikołajowi Suchorskiemu, który przewodniczy aż do końca posiedzenia.

II. Dr Szymon Dzierzgowski wygłasza wykład: **W sprawie stałości odporności czynnej w ustroju zwierzęcym.** Główną uwagę w swych badaniach zwrócił prelegent na to, czy ta antytoksyna przeciwbłonicza po całym szeregu lat jest ta sama, która była wywołana pod wpływem toksyny, czy jest inna. Własne badania prelegenta wykazały, że antytoksyczne własności szybko się zmniejszają, dochodzą do wielkości stałych i już pozostają przez długi szereg lat, tak n. p. u koni przez 16 lat, a u ludzi przez 7 lat. Ilość antytoksyny zależy od indywidualnych własności i nie zależy ani od ilości wprowadzonego jadu, ani od przeciągłości uodporniania, również wysokość osiągniętej odporności niema znaczenia. Gdzie wydzielanie z ustroju jest zwiększone, tam ilość antytoksyny zwiększa się (jak to widzimy u kobiet karmiących). Szereg dalszych badań doprowadził mówcę do przekonania, że ustrój uodporniony pozostaje stale uodpornionym.

Dyskusya: a) Dr Bukowska przytacza własne badania w tej sprawie, dokonane u dzieci w petersburskim »Domu wychowawczym«. Wyniki tych badań stoją w sprzeczności z badaniami Dra Blumenau, dokonanemi w szpitalu Oldenburskim. — b) Doc. Władyczko porusza pytanie, czy można anafilaksyę zastosować do rozpoznawania u osób umysłowo chorych. Odpowiednie badania podejmowano, lecz wyników nie otrzymano; — c) Prelegent: Niema odpowiednich sposobów, któreby pozwalały mierzyć odporność. Odpornością albowiem nazywa się własność ustroju wytwarzania antytoksyny. W tych razach, gdy antytoksyna daje się określić, rzecz jest jasną, w tych zaś, gdy antytoksyna określić się nie daje, należy jednak przypuszczać, że krew ta posiada antytoksynę. — d) Prócz tego przemawiał w dyskusyi Dr E. Zboromirski.

Przewodniczący Dr M. Suchorski składa w imieniu Zgromadzenia serdeczne podziękowanie prelegentowi za cenny odczyt.

XXV. ogólne naukowo-administracyjne posiedzenie w dniu 5. (18) kwietnia 1913 r.

Obecnych: członków 30, gości 12. Przewodniczy prezes prof. Ziemacki.

Otwierając posiedzenie prezes wita gościa z Warszawy, prof. Leona Kryńskiego, i prosi go, by zajął miejsce obok Zarządu. Następnie podaje smutną wiadomość, iż jeden z czynnych członków »Związku«, Dr Jadwiga Białobłocka, dziś zmarła, poświęca kilka gorących słów jej pamięci

i wzywa obecnych, by uczcili pamięć zgasłej przez powstanie.

Protokoły dwóch ostatnich posiedzeń z dnia 7. (20) grudnia 1912 r. i 25. stycznia 1913 r. przyjęto.

Prezes podaje do wiadomości, iż Dr W. Gintyłło odczyt swój pod tyt.: »Wrażenia z wycieczki na wojnę bułgarsko turecką« cofnął z porządku dziennego i dodaje, iż na jego prośbę

I. Prof. Dr Leon Kryński wygłasza wykład: **W sprawie leczenia nowotworów okrężnicy.**

Zaznaczywszy na wstępie miejsca, w których najczęściej usadawiają się nowotwory, mówca przytacza panujące obecnie w nauce poglądy co do wykonywania odpowiedniej operacyi. Obecnie stosują t. zw. enterokoloanastomozę, która polega na wycięciu wskazanej przestrzeni okrężnicy, zeszyciu odnośnego końca i wszyciu do jego kanału, najlepiej przez boczne zespolenie, ujścia kanału jelita cienkiego. Istnieją jednak różne poglądy: gdy jedni radzą wykonywać operacyę odrazu, inni wolą rozkładać ją na kilka okresów. Mówca używa częściej dwuczasowych rękoczynów.

Prezes w imieniu Zgromadzenia składa prelegentowi serdeczne podziękowanie za spełnienie prośby i wygłoszenie pouczającego odczytu klinicznego.

II. P. Albert Dryjski odczytał rzecz p. t.: **Problemat lokalizacyi zjawisk duchowych.**

Dyskusya: a) Doc. St. Władyczko, określiwszy odczyt jako bardzo staranny, lecz niezupełny przegląd postępu i obecnego stanu fizyologii mózgu, dodaje, że prelegent opuścił kilka bardzo ważnych prac prof. Pawłowa, Bechtjerewa, a również i pracę mówcy, dokonaną z prof. Bechtjerewym. Co do wzmianki, iż badania anatomiczne stoją bardzo nizko, to mówca wcale nie podziela tego zdania i twierdzi przeciwnie, iż badania te obecnie stoją bardzo wysoko i mocno. — b) Prof. Zaleski również zrobił kilka uwag w tym samym kierunku. — c) Prelegent, odpowiadając na zarzuty, zaznacza, że to, czego obecnie w ogólnej części niema, będzie zaznaczone w drugiej, szczegółowej części, którą ma zamiar wygłosić

Prezes w imieniu Zgromadzenia dziękuje prelegentowi za wygłoszenie odczytu.

W części administracyjnej posiedzenia: 1) Uchwalono złożyć od »Związku« wieniec na trumnie ś. p. Dr Jadwigi Białobłockiej przez osobną deputacyę. 2) Obrano jednomyślnie na członków rzeczywistych »Związku«: Inż. Mieczysława Skrzypkowskiego, inż. Józefa Muszyńskiego, Dr Adama Wojnicza, Dr Leopolda Wasickiego, lekarza-odont. Tadeusza Łokuczewskiego i lek. odont. Władysława Bucewicza. 3) Prezes prof. Ziemacki podaje do wiadomości, iż rodzina po ś. p. profesorze matematyki Janie Ptaszyckim ofiarowała 7.000 rsr. nominalnych w listach zastawnych ($4^1/_2$ %) Banku wileńskiego w celu ufundowania przy »Związku« stypendyum imienia zmarłego dla studenta matematyki. W imieniu zebranych prezes składa serdeczną i gorącą podziękę ofiarodawcom w osobie obecnych na posiedzeniu synów zmarłego, pp. Jana i Adama Ptaszyckich. 4) Wskutek zwrócenia się prof. Gluzińskiego ze Lwowa w sprawie powstania »Towarzystwa internistów polskich« z siedzibą we Lwowie, uchwalono stworzyć osobną komisyę, do której (z prawem kooptacyi) zostali powołani: Doc. Z. Orłowski, Dr Biron, Dr Wilamowski i Dr Zakrzewski.

XXVI. ogólne naukowo-administracyjne posiedzenie w d. 17. (30) maja 1913 r.

Obecnych osób: członków 17, gości 5. Przewodniczy prezes prof. Ziemacki.

I. Dr Józef Polak (z Warszawy) wypowiedział rzecz p. t.: **O higienie miast (miasta-ogrody).** Mówca, jako higienista, rozpatrywał warunki zanieczyszczenia miast wogóle, poczem w celu polepszenia warunków życia miejskiego podał środki podniesienia zdrowotności miast; jako na ważne dopełnienie w tej sprawie mówca wskazał na miasta-ogrody.

Prezes w imieniu Zgromadzenia składa prelegentowi podziękowanie za zajmujący odczyt.

II. Dr Szymon Dzierzgowski wygłosił wykład: **O odkażaniu wody chlorem.** Prelegent rozpoczął w tej sprawie swe badania w roku 1910; za punkt ich wyjścia posłużyła cholera, która w tym roku panowała w m. Rostowie n. Donem. Otóż badania podjęto w celu wypróbowania własności chloru w postaci soli podchloranowych na podniesienie wartości zdrowotnej nie nadającej się do picia wody. Badania te doprowadziły mówcę do dodatnich wniosków na rzecz chloru. Mówca, jako stronnik i zwolennik stosowania chloru do poprawiania wody, higienicznie nienadającej się do użytku powszechnego, również pozostaje obrońcą odkażania wody wogóle drogą chemiczną.

Prezes w imieniu Zgromadzenia składa prelegentowi serdeczne podziękowanie za pouczający odczyt.

XXVII. ogólne naukowo-administracyjne posiedzenie w d. 25. października (7. listopada) 1913 r.

Obecnych osób: członków 28, gości 10. Przewodniczy prezes prof. Ziemacki.

Wobec nieobecności doc. Sowińskiego na zastępcę sekretarza zaproszono Dr E. Zboromirskiego.

I. Ks. prof. St. Trzeciak wygłosił rzecz p. t.: **Walka antyalkoholiczna u żydów w czasach Chrystusa Pana.** Treść: Napoje upajające u starożytnych narodów, rodzaj tych napojów u Żydów. Rzut oka na rozwój alkoholizmu i skutki jego w czasach obecnych. Zwolennicy i przeciwnicy alkoholu powołują się na Biblię. O ile Biblia daje wyświetlenie w tej sprawie. Działalność antyalkoholiczna proroków. Akcya ta prowadzona w literaturze żydowskiej: Philo, testamenty dwunastu patryarchów, Apokalipsa, Barucha grecka, Talmud. Skutki rygorystycznej działalności. Stosunek Chrystusa Pana i Apostołów do używania wina. Abstynencya czy temperancya?

Dyskusya: a) Doc. St. Władyczko twierdzi, że szkodliwość alkoholizmu oddawna już została uznana i powołuje się na przykłady z historyi Rzymu i Sparty. Sama świadomość szkodliwości jednak nie wystarcza, nie wystarczają również kazania i rady lekarskie, na które kładł nacisk prelegent. Pożądanem jest oddziaływanie na człowieka w tym kierunku od zarania jego życia w szkole i w następnem jego życiu. Przyczyna postępującego alkoholizmu polega na pessymizmie i niepewności jutra (t. zw. »Unzufriedenheitsalkoholismus«). Źródłem tych objawów są warunki socyalne. Zmiana tych warunków może wielce sprzyjać walce z alkoholizmem. — b) Dr Polak zapytuje prelegenta, jaki ma wpływ zakładanie stowarzyszeń abstynenckich oraz składanie przysięgi przez nałogowych pijaków? — c) Prelegent zgadza się w zasadzie z poglądami Doc. Władyczko. Na pytanie Dr Polaka odpowiada, że przysięga niezawodnie często bywa czynnikiem skutecznym w walce z alkoholizmem.

Prezes w imieniu Zgromadzenia składa prelegentowi serdeczne podziękowanie za zajmujący odczyt.

II. P. Albert Dryjski odczytał rzecz p. t.: **Wyobraźnia jako czynnik chorobotwórczy.**

Prezes w imieniu Zgromadzenia dziękuje prelegentowi za odczyt.

W części administracyjnej posiedzenia: 1) prezes podaje do wiadomości, iż »Rada« wnosi na ogólnem posiedzeniu, aby zatwierdzić wydatek około 200 rsr. na latarnię magiczną, niezbędną przy odczytach. — Po krótkiej dyskusyi wniosek został uchwalony. 2) Prezes wnosi, aby utworzyć komisyę dla uczczenia trzydziestoletniej pracy lekarskiej i obywatelskiej Doc. Noiszewskiego. W skład komisyi weszli: Prof. Zaleski, Doc. Władyczko, Dr Wilamowski, Dr Uliński, Dr Marcinkiewicz.

3) Skarbnik Dr Uliński wnosi, aby rozesłać do członków, którzy nie uiścili dotąd wkładek członkowskich, listy z podpisem prezesa i sekretarza z wezwaniem do zapłacenia należności lub wystąpienia ze Związku. — P. Rogójski wypowiada zdanie przeciwne, uważając zapłacenie znacznych zaległości za uciążliwe, i wnosi, aby ograniczyć się do wezwania o zapłacenie ostatniej wkładki lub wkładki za rok przeszły. — Prof. Ziemacki popiera zdanie skarbnika i jest za bezwzględnem wykreśleniem członków niepłacących, zwłaszcza, że pewna część członków z niewiadomej przyczyny została wciągnięta na listę. Okazuje się nawet, iż ci członkowie nic nie wiedzieli o tem, iż są członkami Związku, obecnie zrzekają się tego, a nawet niekiedy nie są wcale Polakami. 4) Uchwalono zamówić nowe karty registracyjne. 5) Odczytano list Dra Sz. Dzierzgowskiego, w którym prosi on o zwolnienie od obowiązków wiceprezesa Wydziału lekarskiego z przyczyny braku czasu. Uchwalono prosić o czasowe objęcie tych obowiązków prof. Zaleskiego. b) Prezes podaje do wiadomości, iż z liczby 7 petentów o stypendyum im. ś. p. J. Ptaszyckiego przyznano je studentowi matem. 4. kursu Leonowi Szymańskiemu. 7) Dla uporządkowania biblioteki Związku zaproszono p. Michalskiego. 8) Obrano komisyę do wydawania rocznika. W skład jej weszli: prof. Zaleski, Rogójski, Dr Bartoszewicz, Kotarski, p. Bucewicz Władysław.

XXVI. naukowo-administracyjne posiedzenie Wydziału lekarskiego w dniu 8. (21.) listopada 1913 r.

Obecnych: członków 20, gości 6. Przewodniczy prezes prof. Ziemacki.

Prezes podaje do wiadomości, iż zmarli członkowie Związku: inżyn. Kazimierz Staniszewski i Dr August de Mezer i wzywa obecnych, by uczcili pamięć zmarłych przez powstanie.

Protokół ostatniego posiedzenia przyjęto.

Dr Edmund Zboromirski odczyt swój p. t.: »Odczyn Abderhaldena dla rozpoznawania ciąży« cofnął z porządku dziennego, wobec czego prezes przechodzi do działu administracyjnego: 1) Prezes podaje do wiadomości, iż w dniu 40-letniego jubileuszu Dr Alfreda Sokołowskiego (Warszawa) wysłano depeszę; depeszę odczytano. Następnie streszcza prezes życiorys jubilata i zaznacza, że Rada wnosi, aby przedstawić Dr Alfreda Sokołowskiego w myśl § 11 na członka honorowego Związku. Uchwalono wyboru dokonać na najbliższem posiedzeniu ogólnem. 2) Prezes zaznacza, iż na ogólnem posiedzeniu mają się odbyć wybory sekretarza Wydziału przyrodniczego. Wydział przedstawił p. Alfreda Rundo, inżyniera. 3) Odczytano list wiceprezesa Wydziału lekarskiego, Dr Szymona Dzierżgowskiego, który prosi o zwolnienie go od obowiązków wobec nawału pracy. Sprawa ta była już rozpatrywana w Radzie. Uchwalono na najbliższem posiedzeniu ogólnem dokonać wyboru nowego wiceprezesa Wydziału lekarskiego. 4) Na delegata Związku na Zjeździe w Poznaniu zaproszono prof. Zaleskiego. 5) Omawiano sprawę stypendyum imienia ś. p. Ptaszyckiego. 6) Prezes podaje do wiadomości list prof. Rydygiera w sprawie Zjazdu chirurgów polskich w Warszawie. 7) Z powodu 30-letniego jubileuszu pracy zawodowej prof. Jana Szawłowskiego uchwalono przesłać mu w imieniu Związku telegram gratulacyjny.

XXVIII. ogólne naukowo-administracyjne posiedzenie w dniu 22. listopada (5. grudnia) 1913 r.

Obecnych osób: członków 35, gości 30. Przewodniczy prezes prof. Ziemacki.

Protokół ostatniego posiedzenia przyjęto.

I. Dr Kazimierz Świątecki odczytał rzecz p. t.: »Wspomnienie pośmiertne o ś. p. Dr Janie Kozłowskim« (Rzecz wydrukowana w »Dzienniku Petersburskim« Nr 1069). Po skończonej przemowie prezes wzywa obecnych, by uczcili pamięć zgasłego przez powstanie.

II. Inż. Witold Jarkowski wygłosił rzecz p. tyt.: **Współczesny rozwój żeglarstwa powietrznego.** Wykładowi towarzyszyły obrazy rzutowe, przedstawiające różne rodzaje, formy i modyfikacye dawnych i obecnych przyrządów lotniczych. Wykład był tem ciekawszy, że mówca dzielił się również wrażeniami osobistemi z dokonanych przez siebie podróży. (Podczas wygłoszenia drugiej części odczytu przewodniczył wiceprezes Wydziału przyrodniczego, prof. inż. H. Merczyng).

Przewodniczący w imieniu Zgromadzenia składa prelegentowi serdeczne podziękowanie za zajmujący wykład.

Wobec spóźnionej pory dział administracyjny odłożono do następnego posiedzenia.

Sekretarz: Zdzisław Sowiński.

Ospa w Łodzi w r. 1913.

Zebrał i opracował

Dr St. Skalski.

(Wygłoszone na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego łódzkiego 21. I. 1914).

„La variole fut, dans les siècles passés, la plus redoutable et la plus redoutée des maladies populaires. Par l'étendue illimitée de son domaine géographique et la permanence de son règne dans toutes les contrées du globe, elle a fait plus de victimes que les pestes les plus meurtrières. Depuis un siècle, elle recule devant l'immortelle découverte de Jenner; a l'heure actuelle, elle est cantonnée dans les circonscriptions qui s'obstinent systématiquement a repousser les bienfaits de la vaccine, ou qui sont assez peu soucieuses de la santé publique pour en négliger la rigoureuse observation".

Variole. Artykuł Kelscha w tomie XVIII dzieła „Traité d'hygiène" — Brouardel-Chantemesse-Mosny. Tom XVIII nosi nagłówek „Etiologie et prophylaxie des maladies transmissibles". Paryż 1912. (I. B. Baillière et fils).

Po raz już trzeci staję przed Szanownymi Kolegami ze sprawozdaniem rocznem z przebiegu ospy w Łodzi. Niech usprawiedliwią mnie dwa fakty. Pierwszy, to fakt, że stwierdzenie przez nasze Towarzystwo istnienia w r. 1911 epidemii ospy w Łodzi z 1308 zgonami wywarło wrażenie na ogół ludności i zmusiło ją niejako do liczniejszego zabezpieczania siebie i swoich przed zapadnięciem na ospę drogą szczepień ochronnych, że stwierdzenie to wywarło również wrażenie na władzach gubernialnych, które pod wpływem owego wrażenia wprowadziły niezbyt zresztą udatnie wykonany pomysł szczepienia ospy po domach w r. 1912.

Pod wpływem obu tych czynników, zaniepokojenia ludności i zawstydzenia władz, szczepienia ochronne dosięgły w r. 1912 niebywałej dla Łodzi wysokości 20 z górą tysięcy, a dodatnie wyniki tego wzmożenia odczuwamy jeszcze obecnie w postaci zmniejszonej śmiertelności ospowej.

Drugi fakt, najzupełniej pewny, lecz znacznie mniej pocieszający, to istnienie po dawnemu w obrębie miasta naszego wielu ognisk ospowych. Ognisk tych nikt nie tłumi, bo nielicznych odkażań mieszkań po ospie, gdy zgonów samych wskutek ospy było w roku zeszłym siedem do ośmiukroć razy więcej, niż odkażań, nie można uważać za wystarczające. Świadczy to, że nie czynimy zadość zasadniczemu wymaganiu walki z chorobami zakaźnemi — odkażaniu mieszkania i rzeczy chorego.

Większość przypadków zachorowań na ospę pozostaje nieujawniona: brak obowiązku zawiadamiania o chorobie zakaźnej ze strony rodziców, obok niewykonywania przez nas, lekarzy, wymagań przepisów co do przesyłania zawiadomień o każdym przypadku choroby zakaźnej, spotykanym w praktyce, dalej fakt, że spora część ludności naszego miasta, bądź wskutek braku środków, bądź nizkiego poziomu kulturalnego, nie szuka pomocy lekarskiej, lecz częstokroć poprzestaje na pomocy znachorskiej, czemu sprzyja brak nieodzownego wprost w życiu miast wielkich czynnika — lekarzy miejskich dla ubogich, a czego nie

zdołają zastąpić oparte na ofiarności publicznej ambulatoryum Towarzystwa dobroczynności dla chrześcian i liczne zrzeszenia dobroczynne żydowskie, — gdy wreszcie do tych braków naszego współżycia miejskiego dodamy wciąż jeszcze nie wznowiony u nas, a obowiązujący w całem Królestwie Polskiem przepis co do regestracyi przyczyn zgonów, — wszystko to sprawia, że walka z chorobami zakaźnemi nie jest w Łodzi prowadzona należycie i nie może być skuteczna.

Tak jest od lat szeregu z ospą, chorobą najłatwiejszą do zwalczenia, tak z każdą inną, czy będzie nią czerwonka, czy płonica.

Tablica I.

Śmiertelność ogólna i wskutek ospy w r. 1913 w Łodzi na podstawie zapisków urzędników stanu cywilnego.

	Parafia lub gmina wyznaniowa	Zmarło w r. 1913 ogółem	Zmarło w r. 1913 na ospę	Stosunek procentowy śmiertelności ospowej do ogólnej	Zmarło w roku 1913 powyżej lat 14 ogółem	Zmarło w roku 1913 powyżej lat 14 na ospę	Zmarło w roku 1913 poniżej lat 14 ogółem	Zmarło w roku 1913 poniżej lat 14 na ospę
Katolicy	N. Maryi Panny (Bałuty)	2417	100	4·14	699	4	1718	96
	Ś. Krzyża	1226	16	1·31	608	5	618	11
	Ś. Stanisława Kostki	1022	16	1·57	439	0	583	16
	Ś. Anny (Zarzew)	913	29	3·18	240	0	673	29
	Ś. Wojciecha (Chojny)	808	7	0·87	243	0	565	7
	Ś. Józefa	735	5	0·68	308	0	427	5
	Ś. Kazimierza (Widzew)	292	8	2·74	101	0	191	8
	Ogółem u katolików	7413	181	2·44	2638	9	4775	172
Ewangielicy	Jana Ewangielisty	961	12	1·25	416	1	545	11
	Trójcy Św.	627	6	0·96	292	0	335	6
	Ogółem u ewangielików	1588	18	1·13	708	1	880	17
	Par. prawosławna	162	4	2·47	69	0	93	4
	Gmina żydowska	2817	7	0·25	863	2	1954	5
	Ogółem	11980	210	1·75	4278	12	7702	198

Przed omówieniem cyfr, malujących śmiertelność w Łodzi w r. ubiegłym, muszę zaznaczyć, że źródłem mych danych były t. zw. raptularze urzędników stanu cywilnego wyznania katolickiego, ewangielickiego, prawosławnego i mojżeszowego, skąd je osobiście wynotowywałem. Wzorem lat ubiegłych inne drobne gromadki wyznaniowe pominąłem, nie mogłem bowiem zdobyć odnośnych danych, ilościowo zaś gromadki owe są tak małe, że zaważyć nie mogą.

Niech mi wolno będzie już tutaj stwierdzić i podkreślić całą nienormalność tego faktu, że jedynie drogą usiłowań jednostek możemy się dowiedzieć, i to dopiero po skończeniu się danego roku, z względną ścisłością, jakie choroby zakaźne grasowały w mieście naszem, oraz tego, że władze, — obojętną jest dla mnie rzeczą, jakie —, tak strasznie bagatelizują sprawę zdrowotności mieszkańców Łodzi, mieszkańcy zaś sami niewiele większą wagę do spraw tych zdają się przywiązywać.

(Dok. nast.).

Przepełnienie w zawodzie lekarskim.

Pisząc o tej sprawie w Nrze 14, Szanowna Redakcya wzywa lekarzy, aby wzięli udział w dyskusyi. Idzie tu o zasadnicze kwestye zawodu i nauczania lekarskiego; dziwna byłaby to obojętność, gdyby sprawa nie wywołała sporów gorących. A w głosach, jakie dotychczas się odezwały, cała rzecz jest postawiona na opak. Z faktu istotnego — z przepełnienia wydziałów lekarskich — wysnuto wnioski fałszywe. »Galicya ma za mało lekarzy w stosunku do liczby ludności«. Pomimo tego twierdzenia autor artykułu pragnie, aby liczba lekarzy się obniżyła, bo jest ich »zadużo w stosunku do zapotrzebowania i w stosunku do tej liczby, którą kraj może utrzymać«. Jeżeli kraj potrzebuje większej liczby lekarzy, to trzeba mu jej dostarczyć koniecznie i dać społeczeństwu możność utrzymania tej zwiększonej liczby. Galicya — a i świat cały — potrzebuje lekarzy bez porównania więcej, aniżeli posiada. Dzisiejsi lekarze istotnie byt swój opierają na małej części zamożnego społeczeństwa. Nędza obywać się musi bez lekarza, albo w ambulatoryach i podobnych instytucyach otrzymuje od bezpłatnych lub źle płatnych lekarzy — jedynie pozór leczenia. Stanowisko, jakie my, lekarze, w takich stosunkach zająć powinniśmy, jest jasne. Jeśli piekarz nie sprzeda swych chlebów, choć naokoło głodne rzesze giną bez chleba, wtedy oczywiście mniej chleba wypieka: jest to słuszne stanowisko piekarskie, zawodowe. Ale szlachetny członek społeczeństwa zgoła inne wtedy poweźmie zamiary: dać nędzy możność zakupienia chleba. Bądźmyż obywatelami przedewszystkiem, a nie zawodowcami jedynie.

Skoro obfity napływ studentów nie znajduje miejsca w pracowniach, klinikach, to rozszerzyć te zakłady, aby każdy mógł się uczyć, z braku miejsca nikogo nie odpychać. Teatry i kinematografy i rozmaite inne zakłady powstają obficie, ciągle słyszymy o potrzebie tych zakładów, a hojność społeczeństwa w tych kierunkach jest wielka. Czyżby szkoły dla kształcenia lekarzy były sprawą tak małej wagi? Czyż nie jest naszym obowiązkiem społeczeństwo o tej potrzebie ciągle przekonywać, a nie do rozmiarów istniejących szkół przystosowywać liczbę studentów? Wielka liczba lekarzy i higienistów, to zdrowie ludzi, to pomyślniejsze warunki życia i szczęścia i pracy całego narodu. Musimy sami mieć to przekonanie i szerzyć je pośród społeczeństwa, a nie uważać siebie samych, zawodu własnego, za jakiś zbyteczny prawie czynnik w społeczeństwie, który przytłumiać raczej, niż rozwijać należy.

Oto jaki wniosek wyprowadzić należy z faktu przepełnienia wydziałów lekarskich: rozszerzać i zbogacać szkoły lekarskie, jako zasadniczą, niesłychanej wagi instytucyę społeczną. A zawód lekarski w ten sposób zorganizować, ażeby on nie żył jedynie z honoraryów ludzi zamożnych, ażeby służył wszystkim, jak inne najważniejsze zawody, aby zależał w swym bycie od zorganizowanego społeczeństwa, a nie od zamożności, od dobrej woli i hojności bogatych klijentów.

Gazety polityczne galicyjskie potępiły z różnych względów postanowienie czy zamiar Uniwersytetu wiedeńskiego ograniczenia liczby studentów z krajów słowiańskich. Autor artykułu w »Przeglądzie lekarskim« radzi tym gazetom politycznym, aby »rozpatrzyły bliżej narodowość studentów-medyków, idących z Galicyi do Wiednia«. Każdy młodzieniec, pragnący się uczyć i w wybranym kształcić zawodzie, powinien mieć pole nauki otwarte niezależnie od swej narodowości.

I jeszcze jedno cudze zdanie, które »Przegląd lekarski« przytacza, nie zaprzeczywszy mu zgoła, że »szkolnictwo średnie nadmiernie w Austryi wybujało ilościowo«. Więc szkół jest za dużo? Szkoły średnie są chyba wszędzie przepełnione i dla kandydatów braknie miejsca, albo powinno braknąć. Zachęcać potrzeba do szkół, szkoły otwierać, szerzyć naukę i oświatę i jak najwyżej podnosić. A tymczasem słyszymy skargi na nadmiar szkół i chcących się uczyć. W jakim my kierunku płyniemy?

Zygmunt Kramsztyk.

Nie zamierzając polemizować ze słusznymi w ogóle poglądami, wyrażonymi w powyższym artykule, wyjaśnić jednak winienem punkta, co do których widocznie zachodzi nieporozumienie.

O nazbyt szybkim przyroście liczby lekarzy nie może być mowy, gdy ludność chce się leczyć lub przynajmniej nie opiera się leczeniu przez lekarzy. U nas jednak dzieje się jeszcze nieraz inaczej. Zmienić to może tylko postęp oświaty, na który

jednak lekarze tylko w pewnej części wpłynąć mogą i na który potrzeba bądźcobądź — pewnego czasu. Również na rozszerzenie szkół lekarskich, ich zakładów i klinik, potrzeba — czasu, choćby nawet niezbyt długiego, zawsze jednak potrzeba tego czasu; przepełnienie zaś wydziałów lekarskich jest istniejącym już faktem i nasuwa trudności, które trzeba tymczasowo zaraz rozwiązać. Wogóle w artykule powyższym poruszono środki, mogące działać dopiero na dłuższą metę; tymczasem nie o to chodzi, lecz o sprawy, domagające się konkretnie tymczasowego załatwienia dziś, prawie natychmiast.

Co do sprawy narodowości studentów, którzy mają być nie przyjmowani na studya w Wiedniu, to chodzi jedynie o to, że niema podstawy posądzać Wydziału lekarskiego wiedeńskiego — jak to uczyniły dzienniki galicyjskie — o polityczne pobudki działania, o kroki nieprzyjazne specyalnie Polakom, lub też Czechom, albo Włochom, których dzienniki wyraźnie wymieniały; o ile chodzi o Galicyę, byłaby równie dotknięta młodzież żydowska i ruska, z innych krajów, pozostających pod panowaniem austryackiem, a mających uniwersytety, nawet i niemiecka. Podawane więc przez Wydział lekarski wiedeński przyczyny zamierzonych ograniczeń — choćby krzywdzących, należało przyjąć z dobrą wiarą, a nie podsuwać mu jakichś ukrytych pobudek, jak to się w dziennikach naszych stało.

Co do zdania, iż »szkolnictwo średnie w Austryi nadmiernie wybujało ilościowo«, to każdy, znający trochę te stosunki, nie miał chyba ani chwili wątpliwości, iż w zdaniu tem prof. Hohenegg piętnował tylko jednostronność austryackiego szkolnictwa średniego, t. j. nadmierną ilość gimnazyów klasycznych*) przy niedostatku innych typów szkół średnich, których abituryenci wstępowaćby mogli także na uniwersytet, ale nie tylko na uniwersytet.

Po tych wyjaśnieniach mam zresztą nadzieję, że artykuł w Nrze 14 nie będzie już posądzany ani o stanowisko »jedynie zawodowe«, ani o propozycyę »numerus clausus«, ani o pogląd, »że szkół jest za dużo«, choć i bez tych nawet wyjaśnień, jak mi się zdaje, do takich dedukcyi nie dawał on podstawy.

Ciechanowski.

III. Zjazd balneologów polskich.

Zjazd ten, połączony ze Zjazdem turystycznym, odbędzie się w Krakowie w d. 4. i 5. maja b. r. według ogólnego programu, który już podaliśmy. Posiedzenia Zjazdu odbywać się będą w Domu Towarzystwa lekarskiego (ul. Radziwiłłowska 4). Z zakresu lekarskiego zapowiedziane zostały następujące wykłady: 1) Prof. W. Jaworski: Urządzenia lecznicze w zdrojowiskach teraz i w przyszłości. 2) Prof. L. Marchlewski: Niektóre metody lecznicze w świetle postępu chemii biologicznej. 3) J. Mędrkiewicz: Galicya pod względem balneologicznym i turystycznym. 4) Dr Zanietowski: a) Systemizacya porównawcza zdrojowisk i uzdrowisk. b) Granice jonoterapii i balneoterapii. 5) Doc. Seńkowski: Analizy wód krajowych z uwzględnieniem jonizacyi i hydrolizy składników. 6) Dr Pelczar: Dyetetyka w leczeniu chorób przemiany materyi. 7) Dr Lang: Z dziedziny leczenia zołzów u dzieci. 8) Doc. Latkowski: Z dziedziny postępów balneologii i balneoterapii. 10) Dr Fr. Chłapowski: Alkoholizm w zdrojowiskach. 11) Dr Mikołajski: O deontologii lekarzy zdrojowych. 12) Dr Aschkenazy: Stosunek lekarzy zdrojowych do lekarzy w mieście. 13) Dr Lewicki: Czy można wydawać kąpiele lecznicze w zdrojowiskach bez ordynacyi lekarskiej? 14) Dr Aronsohn: Sezony zimowe. 15) Dr J. Mayer: O wskazaniach dla leczenia chorób kobiecych w zdrojowiskach krajowych. 16) Dr Regiec: Leczenie zdrojowe w walce z gruźlicą.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Sprawozdanie »Towarzystwa opieki szpitalnej dla dzieci w Krakowie« za r. 1913, wydane z początkiem b. m., podaje dokładną wiadomość o układach, zawartych między Towarzystwem, a Wydziałem krajowym, oraz między Towarzystwem, a Rządem, a zabezpieczających działalność szpitala św. Ludwika i kliniki pedyatrycznej jeszcze przez lat kilka w sposób podobny do dotychczasowego. Układ z Wydziałem krajowym doszedł do skutku dzięki gminie m. Krakowa, za której staraniem odbyła się konferencya przedstawicieli wszystkich stron interesowanych, po bezowocnych pierwotnych konferencyach uwieńczona skutkiem. Towarzystwo otrzymało od kraju większą subwencyę na utrzymanie szpitala, w którym skasowano oddział chirurgiczny, w zamian powiększając inne oddziały i przydzielając więcej niż dotąd łóżek klinice pedyatrycznej. Wobec tego, że dotychczasowy dyrektor i prymaryusz, zasłużony Dr Franciszek Murdzieński, ustąpił z powodu nadwątlonego zdrowia, mianowało Towarzystwo dyrektorem szpitala św. Ludwika Dr J. Krzyszkowskiego, dyrektora kraj. szpitala św. Łazarza, a czynności prymaryusza oddało w ręce profesora kliniki, Dr Ks. Lewkowicza. Rachunek funduszu bieżącego Tow. za rok 1913 wykazuje w dochodach i wydatkach 7.719 koron. Wszystkie fundusze, zostające w zarządzie Tow. wynoszą obecnie 142.000 koron. W roku 1913 zgłosiło się w celu zasięgnięcia porady lekarskiej do szpitala dzieci 5.082; z tego przyjęto do stałego leczenia 1411. Na potrzeby szpitala wydano 67.594 kor., koszta leczenia jednego chorego wynosiły 45 kor. Dni leczenia było razem 36.060; utrzymanie dzienne jednego chorego wynosiło przeciętnie 1 kor. 87 hal. — W kolonii rabczańskiej dla dzieci zołzowatych wprowadziło Towarzystwo ważną zmianę, mianowicie dodało trzeci sezon; dzięki temu leczono w kolonii w r. 1913 — 151 dzieci, gdy dotąd najwyżej dorocznie 108. Przyjmowano też za zwrotem kosztów dzieci z poza Krakowa (w r. 1913—14). Sprawozdanie zawiera dokładnie i starannie, jak zwykle, ułożoną statystykę lekarską.

— Uzyskawszy wprowadzenie przez Radę miejską lekarzy szkolnych w szkołach ludowych w Krakowie, zorganizował Miejski Urząd zdrowia peryodyczne zebrania tych lekarzy, na których oprócz spraw bieżących roztrząsane bywają zasadnicze zagadnienia z zakresu higieny szkolnej. .Praca ta wydaje bardzo pożyteczne owoce. Ważniejsze referaty z posiedzeń ogłaszane bywają drukiem »w celu zaznajomienia szerszego ogółu z postulatami higieny szkolnej«. Otrzymaliśmy właśnie broszurę, opracowaną przez Dra Adolfa Klęska i Edwarda Grażyńskiego p. t. »Odżywianie dzieci szkolnych«. Autorowie, zestawiwszy starannie wiadomości o organizacyi żywienia dzieci szkolnych w krajach zachodnio-europejskich, przytaczają wynik własnych badan co do potrzeby wprowadzenia żywienia dzieci w szkołach krakowskich, oraz podają projekt rozwiązania tej sprawy. Liczbę dziatwy, którejby w Krakowie należało rozdawać śniadania w szkole, obliczono na 1358, a koszt tego na 25.000 kor. rocznie. Projekt Dr Klęska i Grażyńskiego wszedł już poczęści w życie; sprawą tą zajmuje się zawiązane w tym celu Towarzystwo opieki nad dziećmi szkół ludowych. Z referatów wygłoszonych na zebraniach lekarzy szkolnych, wyszły poprzednio jeszcze trzy drukiem: Doc. Dr Nitscha o ławkach szkolnych, Dra Liebermanna o higienie oka w szkole i Dr Merza o skrzywieniach kręgosłupa; broszur tych jednak nie otrzymaliśmy.

— Izbom lekarskim wypłacił Rząd pierwszy zasiłek dla wdów i sierot, przyznany w zamian za doniesienia o przypadkach zakaźnych, bezpłatnie przesyłane władzom przez lekarzy. Z zasiłku tego, wynoszącego rocznie 50.000 kor. na całą Austryę, przyznano Izbie lekarskiej wschodnio-galicyjskiej 8.300 k., a zachodnio-galicyjskiej 5.000 kor. Jak wiadomo, miały Izby galicyjskie obie razem otrzymywać tylko po 5.000 kor.; dopiero energiczne kroki obu Izb uzyskały podział zasiłku, sprawiedliwszy w stosunku do usług, jakie lekarze galicyjscy oddają całemu państwu w walce z chorobami zakaźnemi.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 22. III. do 4. IV. 1914 zgłoszono przypadków: błonicy 4 † — (obcych 14 † —), krztuśca 7 † — (1 † —), ospy wietrznej 4, płonicy 35 † 2 (8 † 2), odry 3 † —, duru brzusznego — † — (2 † 1), róży — † — (1 † 1).

Dr Janiszewski.

Warszawa.

Ruch chorych zakaźnych w szpitalu im. Karola i Maryi dla dzieci w Warszawie. Od 22. III. do 4. IV. r. b. przyjęto do szpitala przypadków: płonicy 4 † —, błonicy 3 † —, duru brzusznego 2 † —, gruźlicy płuc 8 † —, gruźliczego zapalenia opon mózgowych 2 † —. — W tymże czasie zgłosiło się do ambulatoryum przypadków: ospy 1, odry 3, błonicy —, krztuśca 12, ospy wietrznej —.

Dr Łyskawiński

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 30. III. do 6. IV. 1914 przypadków: ospy 3 † 1, płonicy 1 † —, róży — † —.

Dr Trenkner

*) Dających prawo wstępu tylko na uniwersytet.

Z różnych stron. Kolonia polska w Charkowie obchodziła 25 lecie pracy naukowej i pedagogicznej profesora uniwersytetu charkowskiego, Juliana Pęskiego. Dr Julian Pęski urodził się w r. 1859 na Wołyniu, szkołę średnią ukończył w Charkowie i tam również studyował medycynę. Studya ukończył z odznaczeniem w r. 1885. Stopień doktora medycyny uzyskał w r. 1893. Od roku 1905 jest profesorem nadzwyczajnym chirurgii, a obecnie dziekanem Wydziału lekarskiego. W roku 1896 został powołany na redaktora »Prac«, wydawanych przez Towarzystwo medycyny i higieny. Uczestniczy gorliwie w życiu kolonii polskiej: szkółki, ochrony i Dom polski bardzo wiele zawdzięczają jego wpływom, zabiegom i ofiarności.

Zasłużonemu Jubilatowi przesyłamy serdeczne »Ad multos annos!«

— Dr J. Maciejewski przeniósł swoje sanatoryum w Kissingen do nowo na ten cel zbudowanej willi »Quo vadis«.

— Słuchacze Akademii wojskowo-lekarskiej w Petersburgu mają po jej ukończeniu odsłużyć w r. b. 4 miesiące jako szeregowcy, a potem dopiero rozesłani zostaną do pułków jako lekarze wojskowi.

Mianowani: chirurg prof. Ludloff z Wrocławia profesorem ortopedyi w Berlinie, anatom prof. Göppert z Marburga profesorem we Frankfurcie, internista prof. Wenckebach profesorem w Wiedniu.

Zmarli: Dr Czesław Matuszewski w Miłosławiu; Dr Bolesław Baliński w Czepieleucach na Besarabii; Dr Wincenty Głowiński, lekarz powiatowy w Jaśle; Dr Helena z Nowickich Zagrodzka w Warszawie w 25 r. ż.; Dr Bogumił Zawadil we Lwowie w 48 r. ż.

Redakcya otrzymała: A. Puławski: Przyczynek do leczenia białaczki promieniami Roentgena i benzolem (Gaz. lek. 1914). — Nelken: 1) O potrzebie państwowego zakładu dla umysłowo chorych zbrodniarzy w Galicyi. (Tyg. lek.). 2) Badania psychoanalityczne chorób umysłowych. (Neurol. polska). — Blassberg: O fosfaturyi. (Now. lek. 1914). — W. Ziembicki: Teorya i praktyka w nauce o wewnętrznem wydzielaniu. (Tyg. lek. 1914). — Anastazy Landau: 1) O cukromoczu adrenalinowym u człowieka. 2) O wrzodzie okrągłym żołądka i gastroenterostomii. — A. Landau i Rząśnicki: Studya kliniczne nad sprawnością trzustki. (Część I. i II). — A. Landau i Temkinówna: 1) Studya nad zapaleniem nerek. (Doniesienie I). 2) Kilka uwag o pieczywie dla chorych cukrzycznych. (Med. i Kron. lek. 1914). — Brudziński: Szpital im. Karola i Maryi dla dzieci w Warszawie. (Urządzenia i zarządzenia, związane z zapobieganiem chorobom zakaźnym). (Przegląd pedyatr.). — Klęsk i Grażyński: Odżywianie dzieci szkolnych. (Kraków, nakł. gminy m. Krakowa 1913). — XLI. Sprawozdanie Towarzystwa opieki szpitalnej dla dzieci w Krakowie za r. 1913.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 22. kwietnia 1914 w domu Towarzystwa (Radziwiłłowska 4) o godz. 6 wieczorem.** Na porządku dziennym: 1) Doc. Nitsch: O nosaciznie. 2) Demonstracye chorych: prof. Lewkowicz, prym. Borzęcki. Klinika chirurgiczna.

Szczawa **Krondorfska** uznana za najlepszą i naturalną

Najlepsze skutki w nieżytach żołądka i pęcherza, jakoteż dróg oddechowych. 205

Prospekty rozsyła na żądanie Brunnen-Unternehmung Krondorf bei Karlsbad lub też Generalna reprezentacya dla Galicyi i Bukowiny, Kraków, Grodzka 48. Lwów, Sykstuska 31.

PRZETWORY MLECZNE

»Laktol« mleko kwaśne według met. Prof. Miecznikowa.
»Yoghurt« mleko kwaśne bułgarskie.
Kefir hygieniczny.
Mleko wielokrotne podwójne i potrójne wdłg. sposobu Prof. W. Jaworskiego.
Mieszanki dla niemowląt we flaszkach odpowiednio do wieku niemowlęcia.
Eiweissmilch (mleko białkowe) wdłg. Prof. Finkelsteina.
Mleko pełne do picia w stanie surowym (krowy każdego roku szczepione). 218

Kraków, Karmelicka 15. **„LAKTOL“** Kraków, Karmelicka 15.

UWAGA: Każdą bolę laktolu (mleko kwaśne) zaopatruje się w nalepkę hal. na fundusz lek. Dra Jordana.

Karlsbad **Dr med. ADAM MACIĄG**
b. asystent c. k. kliniki chorób wewn. Uniw. Jagiel. ordynuje jak lat ubiegłych
Dom »KRONENAPOTHEKE« (przy Mühlbrunie).

POŁĄGA 130
(GUBER. KURLANDZKA)
Jedyne polsko litewskie morskie kąpiele na wybrzeżu Bałtyku.

Sezon od 15 czerwca do 15 września. Zimne i ciepłe morskie kąpiele. Las sosnowy. Studnia artezyjska, wodociągi, kanalizacya. W zakładzie zdrojowym hotel, restauracya, czytelnia, bilard. Wille, pensyonaty. Teatr, orkiestra, reuniony, koncerty, wycieczki. Kościół, poczta, telegraf, apteka. Lekarz zakładowy Dr KRYSIŃSKI z Warszawy. Dojazd przez Prusy do Memla (Kłajpeda). Z Cesarstwa i Królestwa dla osób nieposiadających zagranicznych paszportów przez Libawę lub Prekulny. Prospekty wysyła i informacyi udziela na żądanie ! **ZARZĄD.**

IWONICZ ZAKŁAD ZDROJOWO-KĄPIELOWY I KLIMATYCZNY

(Stacya kolejowa IWONICZ w Galicyi). Poczta, telegraf i telefon w Zakładzie.

Najsilniejsza szczawa słono-jodowa-bromowa. 242

Od dawna stwierdzono jej skuteczność we wszystkich postaciach zołzów w chorobach kości, jamy nosowej, uszu, skóry i wogóle we wszystkich chorobach wymagających przyspieszenia odnowy materyi. Leczenie ortopedyczne i masażowe. Inhalacya systemu »CLARA«. Kąpiele w gorącem powietrzu systemu »POLANA« tudzież sztuczne kąpiele gazowe.

Lekarze zakładowi: Doc. Dr ANTONI GABRYSZEWSKI ze Lwowa i Dr GRZEGORZ TURZAŃSKI z Jarosławia, tudzież 6 lekarzy wolno praktykujących.

W sezonie I. od 1 maja do 15 czerwca i III. od 20 sierpnia do 15 października mieszkania znacznie tańsze. Uwolnienia od taksy na podstawie świadectw ubóstwa udziela się tylko w I. i III. sezonie.

Urządzenie Zakładu wzorowe, oświetlenie elektryczne, wodociągi, kaplica zakładowa, w której odprawia się codziennie Msza św. Zamówienia na mieszkania, wodę mineralną, sól i muł, tudzież ług przyjmuje i wszelkich wyjaśnień udziela oraz prospekty wysyła bezpłatnie

Dyrekcya Zakładu Zdrojowo kąpielowego w Iwoniczu.

Rok LIII. Kraków, dnia 25 kwietnia 1914 Nr 17.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Moczówka prosta w świetle najnowszych badań

podał

Zygmunt Dziembowski jun. z Poznania.

Moczówka prosta polega, jak wiemy, na oddawaniu wielkiej ilości moczu, który ma bardzo tylko mały ciężar gatunkowy (1004—1001). Nie zawiera on przytem ani cukru ani białka, a ilość części stałych w nim zawartych, wydzielonych przez 24 godzin, jest czasem tylko nieco mniejsza, niż u zdrowego człowieka, zwykle zaś taka sama Przytem mają chorzy na moczówkę prostą bardzo wielkie pragnienie.

Badania w tej chorobie stwierdziły już od dawna, że nie może być tu wcale mowy o sprawie chorobowej jednolitej. Okazało się bowiem, że moczówka prosta zachodzi nietylko samoistnie, ale także przy najróżnorodniejszych zachorzeniach, n. p. w chorobach układu nerwowego czyto ze zmianami anatomicznemi, czy też czynnościowych, w kile i w bardzo wielu innych przypadkach, których na razie poszczególnie wyliczać nie mam zamiaru.

Przy badaniach nad moczówką prostą chodziło dawniej głównie o to, czy objawem pierwotnym jest pragnienie, czy też nadmierne oddawanie moczu. To też już Gerhardt twierdził, że rozróżniać trzeba dwie kategorye moczówki: jedną, która polega na nerwicy, wywołującej nadmierne picie wody i oddawanie wskutek tego wielkiej ilości moczu, i drugą, w której chorzy oddają a priori wielkie ilości moczu, a u których pragnienie jest tylko objawem wtórorzędnym. Tallquist, który dalsze badania nad tą sprawą przeprowadzał, stwierdził fakt bardzo doniosły, że moczówka prosta swoista, a więc nie zasadzająca się na nadmiernem piciu, nie polega, jak sądzono dawniej, na zwiększonej czynności nerek, ale przeciwnie na zmniejszonej ich sprawności. Wykazał on bowiem, że w moczówce, wywołanej nadmiernem pragnieniem i piciem, nerki wydzielają mocz poprostu rozrzedzony, natomiast w moczówce prostej swoistej nerki nie są zdolne wydzielać moczu w zwykłem zgęszczeniu. E. Meyer, który podjął myśl Tallquista, udowodnił to jego zdanie eksperymentalnie. Gdy bowiem podawał choremu na moczówkę prostą prawdziwą 10 gr. soli oprócz zwykłego pożywienia, to zauważył, że chory nie oddawał moczu więcej zgęszczonego, niż przed próbą, jak człowiek zdrowy albo chory na moczówkę z pragnienia Przeciwnie mocz jego był również zgęszczony, jak przed próbą, a punkt zamarzania pozostawał także niezmieniony.

Zapomocą tej metody Mayera odróżniali późniejsi badacze, jak H. Strauss, F. Seiler, Winkelmann, Engel i Bräuning, prawdziwą moczówkę prostą, a więc swoistą, od moczówki, polegającej na pierwotnem nadmiernem piciu wody i płynów. Tymczasem dalsze badania wykazały, że metoda ta nie jest wystarczająca. Minkowski stwierdził bowiem, że oddawanie zgęszczonego moczu po podaniu 10 gr. soli kuchennej występuje tylko w pierwszych 2 - 4 godzinach po zażyciu, a po 24 godzinach się wyrównuje. Na to przedtem nie zważano i to wiodło oczywiście do błędnych wyników. Co więcej, ten sam autor wykazał, że nerki, które są może niezdolne wydzielać po zażyciu soli kuchennej moczu, zgęszczonego solą kuchenną, mogą zupełnie prawidłowo wydzielać mocz, w którym silniej zgęszczone będą inne sole, jak fosforany, azotany albo mocznik. Stwierdzono także w toku dalszych badań, że zachodzi u chorych na moczówkę prostą tak zwane wyrównujące zgęszczenie wydzielnicze. To znaczy, że n. p. po podaniu choremu 10 gr. soli kuchennej zgęszczenie tej soli w moczu się wzmaga. Ponieważ jednakowoż ogólne zgęszczenie przytem się nie zwiększa, przeto inne sole, które powinny były być wydzielone przez mocz, pozostaną we krwi. Gdybyśmy odwrotnie podali choremu inną sól, to zatrzymałaby się w ustroju sól kuchenna.

Wobec powyższych spostrzeżeń metodę E. Meyera zmodyfikowano, a badanie nowoczesne dla rozróżnienia moczówki prostej od wrzekomej (Bräuning, Minkowski, Strauss, Rosendorf i Unna) przedstawia się w sposób następujący:

Najpierw trzeba przygotować chorego do takiej próby, ograniczając przez dni kilka przed próbą sól i białko w pokarmie. Następnie podaje się choremu oprócz dotychczasowego dokładnie określonego pokarmu, 10 gr. soli kuchennej rozpuszczonej w $^{1}/_{2}$ ltr. wody lub mleka i bada się w jak najkrótszych odstępach czasu, co u tych chorych właśnie nie sprawia trudności, poszczególne porcye oddanego moczu. Przytem baczyć trzeba, na co zwrócili uwagę Forschbach i Weber, żeby ustrój chorego zawierał stale równą ilość wody. W tym celu podaje się choremu po każdem oddaniu moczu taką samą ilość wody do wypicia, jaką wydał ze siebie z moczem. Następnie bada się poszczególne porcye moczu co do zgęszczenia ogólnego, odsetkowej ilości soli

kuchennej i wysokości punktu zamarzania moczu. Jak wiadomo, u ludzi zdrowych spostrzegamy przy takiej próbie w pierwszych 2—4 godzinach zwiększenie ogólnego zgęszczenia moczu, odsetkowego zgęszczenia soli kuchennej i obniżenie punktu zamarzania. W moczówce prostej wrzekomej spostrzegamy wyraźne, a czasem nawet znaczne zwiększenie odsetkowego zgęszczenia soli kuchennej i te same zmiany co do punktu zamarzania. Natomiast bardzo tylko nieznaczne zwiększenie odsetkowe soli kuchennej, albo niezmieniona ilość tej soli wydzielonej przemawia już wprost za prawdziwą moczówką prostą. Badanie to solą kuchenną samą nie jest atoli wystarczające, gdyż nie uwzględnia ono wcale bardzo ważnego sprawdzianu, jakim jest badanie koncentracyi wyrównującej czyli względnej poszczególnych soli, o której już powyżej wspominałem. Dlatego też należy dla dokładności powtórzyć takie same próby, jak z solą kuchenną, stosując naprzemian naprzód dawkę fosforanów, następnie azotanów, a nakoniec mocznika.

Przy wszystkich tych próbach zachować trzeba jeszcze pewne ostrożności. I tak zwracają uwagę E. Meyer, Engel, Lacroix i Weil jun., że podwyższenie ciepłoty może mieć wpływ na zgęszczenie moczu. Dalej mają wpływ na czynność nerek spokój, względnie ruch. To też zaleca się, żeby chorzy w czasie takich badań leżeli w łóżku.

Oprócz powyższych badań stosowano w celu rozpoznania poszczególnych przypadków moczówki prostej metodę, która była pierwotnie sposobem leczniczym, a polegającą na zmniejszeniu ilości wody, którą chorym wypić pozwalano. Sądzono, że po zastosowaniu tej metody w moczówce prostej wrzekomej ilość moczu się zmniejszy, a zgęszczenie jego się zwiększy, w moczówce zaś swoistej ilość moczu także się zmniejszy, zgęszczenie przeciwnie pozostanie to samo. Tymczasem okazało się, że sprawa ta nie jest tak prostą, jak przypuszczano. Stwierdzono bowiem, że chorzy na moczówkę wrzekomą oddawali zwykle po zmniejszeniu ilości płynów, które przedtem wypijali, tak samo dalej mocz nie zgęszczony. Objaw ten polegał, co stwierdził Minkowski, na zdolności ustroju zatrzymywania przez pewien czas większej ilości pobranej wody i powolnego jej wydzielania. Ponieważ próba ta sama przez się nie wiodła do celu, przeto sądzono, że, gdyby się okazało, iż po ograniczeniu płynów zgęszczenie moczu jest niezmienione, a miało się rozpoznać prawdziwą moczówkę prostą, to trzeba wykazać, że krew jest więcej zgęszczona. Jak się zaraz przekonamy, metoda ta ma bardzo tylko małe znaczenie rozpoznawcze i jest wogóle niepewna. Zważyć bowiem trzeba, że wogóle jest sprawą bardzo trudną stwierdzić zwiększenie zgęszczenia krwi, gdyż zjawisko takie, któreby burzyło przecież równowagę osmotyczną, musiałoby się natychmiast wyrównać przez to, że ciecz z narządów napływałaby obficie do naczyń krwionośnych. Autorzy, którzy obstawali przy tej metodzie, sądzili, że można stwierdzić zgęszczenie krwi przez to, iż u chorych, badanych przez usunięcie płynów z pokarmu, wystąpią przecież jako wyraz zgęszczenia krwi objawy mocznicy. Tymczasem zdaniem mojem bezwarunkowo nie wolno tych prób na chorych tak daleko doprowadzać, żeby aż przez zgęszczenie krwi wywoływać mocznicę. Zresztą objawy takie, gdyby nawet wystąpiły, niczegoby nie dowodziły, ponieważ u osób nerwowych, chorych na moczówkę prostą wrzekomą, usunięcie płynów wywołuje czasem objawy, które mogą być zupełnie podobne do mocznicy. Jak widzimy, nie nadaje się więc ta metoda wcale do celów rozpoznawczych. Natomiast bardzo ważnem jest zbadanie moczu co do fermentów amylolitycznych i proteolitycznych, których w moczówce prostej swoistej nie znajdowano wcale, albo tylko w bardzo małej ilości.

Przeglądając literaturę z lat ostatnich, dochodzimy do przekonania, że przeważna część autorów dzieli na mocy powyższych doświadczeń i prób przypadki z objawami moczówki prostej nie na dwie, jak dawniej, lecz raczej na trzy kategorye. Do pierwszej z nich zaliczają te przypadki, w których zachodzi pierwotnie zwiększone pragnienie, a więc chorych, u których wskutek wrodzonych, albo też dopiero później nabytych zaburzeń nerwowych, pewne nerwy, wywołujące pragnienie — jeżeli wogóle o nerwach z taką specyalną czynnością mówić można — stały się nadmiernie wrażliwe. Do drugiej kategoryi zaliczają te przypadki, w których stwierdzono objawy moczówki prostej przy zachorzeniach organicznych, a w szczególności przy chorobach układu nerwowego ośrodkowego ze zmianami anatomicznemi, Trzecią kategoryę stanowią przypadki, które zasługują w ściślejszem znaczeniu na nazwę: prawdziwa, swoista moczówka prosta, w których zatem nie spotykamy powikłania żadną zmianą chorobową ani czynnościową, ani organiczną. Nie potrzebuję zapewne podnosić, że w przypadkach pierwszej kategoryi nie znajdujemy wcale osłabienia czynności nerek. Natomiast stwierdzić je możemy zawsze u chorych trzeciej kategoryi. W przypadkach drugiej kategoryi znajdujemy takie zmiany często, ale nie zawsze. Zwracam atoli uwagę na to, że zachodzą pod tym względem rozmaite kombinacye i przypadki tak zwane przejściowe. Najczęściej zdarza się, że z pierwotnego nadmiaru pragnienia powstaje prawdziwa moczówka prosta. Dzieje się to dlatego, że, jak wykazał Ebstein, wskutek nieczynności zanika z czasem zdolność nerek wydzielania zgęszczonego moczu.

Przechodzę z kolei do analizy poszczególnych przypadków tych kategoryi. Do pierwszej należą przedewszystkiem te, w których już wywiady przemawiają za tem, że chodzi o pierwotnie zwiększone pragnienie. Jak wiadomo, bywa histerya bardzo często powodem tego objawu. To samo zdarza się przy skłonności neuropatycznej i w innych zaburzeniach psychicznych. Dzieje się to dlatego, że chorzy przywykają do picia nadmiernych ilości wody i stąd też równomiernie pochodzi oddawanie wielkich ilości mało zgęszczonego moczu. Wiemy także, iż nietylko urazy psychiczne, jak n. p. przestrach, ale i urazy cielesne mogą wywołać nadmierne pragnienie. Picie wielkich ilości wody wskutek podrażnienia psychicznego spostrzegamy bardzo często. Działa to, jak twierdzą chorzy, uspokajająco. Podoficerowie zalecają n. p. rekrutom obfite picie wody przed ćwiczeniami w strzelaniu do tarczy. To samo zalecał mi kiedyś stary borowy przed polowaniem. Ponieważ neuropatycy do wszystkiego bardzo łatwo przywykają, przeto częściej u nich właśnie spotykamy zwiększone pragnienie i picie z przyzwyczajenia. Spostrzegamy to samo u osobników depresyjno-manicznych i katatonicznych. Na zapytanie, dlaczego tyle piją, odpowiadają nam ci chorzy zwykle, że popycha ich do tego jakaś siła, której się oprzeć nie mogą. Wogóle jest ten stan bardzo podobny do morfinizmu. To też jest bardzo zrozumiałem, że niektórzy autorzy, jak Rie-

ger i Reichardt, określali ten rodzaj moczówki jako chorobę umysłową. Bardzo znamienny przypadek tego rodzaju opisuje Bach. Nadmierne pragnienie (chory wypijał 10—25 litr. dziennie) wystąpiło wskutek operacyi usznej, po której objawiła się suchość w ustach i utrata czucia po prawej stronie języka. Ponieważ siła wydzielnicza nerek była prawidłowa, przeto zaliczyć trzeba ten przypadek do moczówki prostej wrzekomej, a więc do pierwszej kategoryi.

Przypadki tego rodzaju zdarzają się nieraz po zabiegach leczniczych, n. p. po leczeniu przeciwko nadmiernej otyłości. Minkowski opisał taki, niezmiernie charakterystyczny przypadek. Chora, która odbyła leczenie odtłuszczające, roztyła się znów po pewnym czasie. W mniemaniu, że picie wody, które jej przy owem leczeniu zalecono, było głównym czynnikiem odtłuszczającym, zaczęła na własną rękę pić wielkie ilości wody. To nadmierne picie przeszło u niej w przyzwyczajenie, z którego ją dopiero znów trzeba było leczyć.

Wiadomo, że czasem nawet u małych dzieci zdarzają się objawy moczówki prostej bez osłabienia sprawności nerek dla wydzielania zgęszczonego moczu. Sądzą, że u takich jednostek nerwy dla pragnienia muszą być już nieraz od urodzenia bardzo wrażliwe, a zatem chore. Gdyby to zdanie miało być rzeczywiście słuszne, to musielibyśmy znaleść u takich chorych, oprócz tego błędu, wywołującego moczówkę z pragnienia, inne jeszcze błędy wrodzone. Otóż przeglądając literaturę pod tym względem, doszedłem do przekonania, że w przeważnej liczbie takich przypadków moczówki prostej, spowodowanej nadmiernem piciem, a występującej już od urodzenia, błąd ten wrodzony nie jest odosobniony. Meyer bowiem, Gross, Strauss, Weber, Mosler-Klamann, Dickinson i Lebmann spostrzegali taką moczówkę właśnie u dzieci z oznakami zwyrodnienia. Dzieci te nie dorównywały swym rówieśnikom ani fizycznie, ani umysłowo. Niedostateczny rozwój umysłowy spostrzegał Ehrmann w przypadkach rodzinnej moczówki u trojga dzieci, u których rodzice zauważyli nadmierne picie już od najmłodszego wieku. Oprócz tego zwracam uwagę na to, że właśnie u osobników męzkich z moczówką prostą wrzekomą wrodzoną spostrzegano nadmierną otyłość, brak zarostu i kształty kobiece, a co więcej, niedostateczny rozwój narządów płciowych i moczowych.

Nie trzeba jednakowoż zapominać o tem, że nie wolno nam wszystkich przypadków moczówki prostej wrodzonej zaliczać do pierwszej kategoryi. Przeciwnie trzeba sobie uprzytomnić, że zdarzają się przypadki tej choroby wrodzonej, które z góry już uważać trzeba za należące do drugiej, względnie do trzeciej kategoryi, albo też za postacie przejściowe. Za taką właśnie postać przejściową trzebą uważać przypadek, który opisali Rosendorf i Unna, a w którym po urazie wystąpił infantylizm w połączeniu z prawdziwą moczówką prostą. Trzeba sobie ten przypadek w ten sposób tłómaczyć, iż uraz wywołał pierwotnie nadmierne pragnienie i oddawanie moczu bardzo mało zgęszczonego, wskutek czego znów w dalszym ciągu wytworzyła się, na co zwracał już Ebstein uwagę, niedomoga nerek wydzielnicza dla moczu zgęszczonego wskutek nieczynności pod tym względem.

Drugą kategoryę moczówki prostej stanowią te przypadki, które są powikłane innem jeszcze zachorzeniem. W pierwszym rzędzie wymieniam tutaj choroby ośrodkowego układu nerwowego. W ostatnim bowiem czasie zebrano spostrzeżenia, które wskazują na pewien związek przyczynowy pomiędzy zmianami w pewnych częściach mózgu a moczówką prostą. Mam na myśli naturalnie przysadkę mózgową, na którą uwagę lekarzy zwrócił głównie E. Frank.

Już od dłuższego czasu było wiadomo, że zachorzenia ośrodkowego układu nerwowego mają wpływ na powstanie moczówki. Kahler n. p. stwierdził, że nadmierne wydzielanie moczu występuje zwykle wskutek nowotworów w tylnej jamie czaszki. Przeciwko tym zapatrywaniom Kahlera przemawiały atoli doświadczenia na zwierzętach. Okazało się bowiem, że ukłucie dna IV komory w środku pomiędzy jądrem nerwu słuchowego i błędnego wywołuje cukrzycę. Jeżeli się zaś ukłuje części, leżące więcej ku przodowi, to powstaje wprawdzie moczówka, ale zawsze połączona z białkomoczem. Przytem nie trzeba zapominać, że moczówka po tem ukłuciu nie trwa długo, a nerki zwierząt, na których podejmowano doświadczenia, są nadal zdolne wydzielać mocz w zwykłem zgęszczeniu. To też o wiele więcej przemawiają na korzyść teoryi, że zmiany w przysadce są powodem moczówki prostej, spostrzeżenia Krusego, który w 34 przypadkach obuskroniowego niedowidzenia połowiczego, który to objaw jest dla zachorzeń przysadki mózgowej znamienny, 7 razy stwierdził moczówkę prostą. Spanbock i Steinhaus widzieli to samo 11 razy na 50 przypadków. To też już dawniej przypuszczano, że na dnie III komory znajduje się ośrodek, którego uszkodzenie wywołuje moczówkę. W przypadkach takich wykonano w nowszych czasach sekcye, które wyświetliły całą sprawę. Oppenheim n. p. znalazł dwa razy kilaki w okolicy przysadki mózgowej, a Finkelnburg guz o budowie torbielowatej na dnie III komory. Przypominam, że w akromegali i spotykamy często moczówkę prostą i że to samo widzieli Erdheim-Götzel, Bartels i inni autorzy w przeroście tłuszczowo-płciowym, przyczem znaleźli później przy obdukcyi guzy, wywierające ucisk na przysadkę mózgową. W przypadku E. Meyera oprócz powyższych objawów spostrzeżono nagłe wypadanie włosów w okolicy narządów płciowych, niezdolność pocenia się i charakterystyczny objaw obuskroniowego niedowidzenia połowiczego w połączeniu z moczówką. Klisza rentgenowska wykazywała w tym przypadku zmiany w okolicy przysadki mózgowej.

Wszystkie powyższe przypadki dowodzą, że jest możliwem, iż wydzielanie wewnętrzne gruczołów oddziałuje przyczynowo na wytwarzanie się moczówki prostej i że narządem, który w ten sposób działa, jest przysadka mózgowa. Zastanowić się należy z kolei nad pytaniem, która część przysadki w ten sposób działa. Wiemy z anatomii, że przysadka składa się z trzech części. E. Frank przypisuje główną czynność części środkowej. Za tem twierdzeniem przemawia, jak to zobaczymy, bardzo wiele faktów. Już dawniej stwierdzili Markus i Schäfer, że wstrzyknięcie dożylne wyciągu tylnego płatu przysadki wywołuje u zwierząt moczówkę. Dalsze badania wykazały, że tak samo, jak to wstrzyknięcie, działa przeszczepienie przysadki, a nawet podawanie jej wewnętrzne. O wiele żywsze jeszcze zajęcie obudziły badania, które wykazały, że mechaniczne lub termiczne podrażnienie tylnego płatu przysadki wywołało moczówkę, która trwała przez dni kilka. Jak wiadomo z embryologii, pochodzi tylny płat przysadki z lejka, składa

się zatem z tkanki łącznej i gleju. Dziwnem się też wydawało badaczom, żeby narząd, tylko z takich tkanek złożony, miał posiadać znaczenie fizyologiczne tak doniosłe. Płat przedni składa się natomiast z pasm komórkowych, pomiędzy któremi znajdujemy tkankę łączną z licznemi naczyniami włoskowatemi. Budowa części środkowej przysadki jest znów inna. Komórki są tu zgromadzone w wysepkach, które tak samo, jak spotykane tu torbielki (folliculi), leżą naokoło dawnej jamy zarodkowej, która u dorosłego człowieka przedstawia się już tylko jako szpara. Pomiędzy tymi wysepkami i torbielkami widzimy znów tkankę łączną z naczyniami, które przychodzą z tylnego płatu. Przytem stwierdził Herring substancyę koloidalną we wnętrzu torbielków. Autor ten utrzymuje, że widział, jak owa substancya torbielków przechodzi do tkanki łącznej, skąd się przedostaje do tylnego płatu przysadki. E. Frank, który się sprawą działania przysadki na wytworzenie moczówki prostej specyalnie zajmował, twierdzi, że tylko część jej środkowa ma wpływ na wydzielanie moczu.

(Dokończenie nastąpi).

Z oddziału chorób wewnętrz. szpitala krajowego w Sarajewie.

Kilka uwag i spostrzeżeń o nerwicach wegetatywnych.

Skreślił

Prof. Dr L. Korczyński.

(Ciąg dalszy).

Mówiąc o kolce śluzowej, wspomnieliśmy o objawach, które wskazują, że równocześnie istnieje skurcz zwieracza odbytu. Skurcz tego rodzaju pojawiać się może zupełnie samodzielnie. Widywałem go zwłaszcza u dziewcząt na krótki czas przed wystąpieniem miesiączkowania. Przydarza się on zapewne dość często w tych warunkach, jakkolwiek słyszymy o nim rzadko. Na możliwość jego należy zwracać uwagę matek czy opiekunek w tych przypadkach, w których na podstawie stanu ogólnego dziewcząt w wieku 10—14 lat wnosić można, że istnieje usposobienie wagotoniczne.

Może nie tak różnorodne, ale niemniej częste nerwice autonomiczne spotykamy w zakresie narządu krążenia. Mechanizm ich zrozumieć nietrudno przy znajomości wpływów, jakie na serce wywiera nerw błędny. Nazywamy je, ogólnie rzecz biorąc, wpływami hamującymi. Ażeby je pojąć dokładniej, trzeba mieć przed oczyma składowe fazy skurczu serca, a więc najpierw fazę powstawania automatycznej podniety, dalej narastania jej stopniowego aż do granicy, na której leży wrażliwość mięśnia sercowego, jeszcze dalej fazę przewodzenia, a wreszcie czwartą i ostatnią, sam skurcz serca, posuwający się kolejno od ujść żylnych, względnie od węzła Keith-Flacka przez przedsionki ku komorom. We wszystkich tych okresach zaznacza się wpływ nerwu błędnego. Powiemy więc, używając nazw wprowadzonych przez Engelmanna, że w grę wchodzi tu działanie chronotropijne, czyli działanie na rytm powstawania podniet, batmotropijne, czyli wpływ na okresową, rytmiczną pobudliwość, dromotropijne albo działanie na zdolność przewodzenia podniety, wreszcie działanie na stopień kurczliwości mięśnia sercowego, czyli wpływ inotropijny. Serce, które się znajduje pod panowaniem podrażnienia autonomicznego, uderza rzadziej, teoretycznie rzecz biorąc — z trzech powodów naraz. Najpierw dlatego, że podniety gromadzą się w węzłach zatokowych wolniej, dalej dlatego, że pobudliwość mięśnia jest mniejsza, a więc trzeba więcej czasu, aby się nagromadziła dostateczna ilość energii czynnej i dosięgła wysokości, potrzebnej do wywołania stanu czynnego, zresztą i czas t. zw. niewrażliwości, (refraktäre Fase) — jest dłuższy; trzecia wreszcie przyczyna leży w tem, że przewodzenie podniety jest powolniejsze. Poza tem trzeba się jeszcze liczyć ze słabszymi skurczami.

Jakkolwiek skutki podrażnienia nerwu błędnego pojmujemy jako jedną całość, to jednak, zwłaszcza w klinice, uwzględnić trzeba możliwość pewnego stopniowania pojedynczych wpływów, w szczególności zaś wpływów, od których zależy częstość skurczów z jednej, a wpływów na siłę skurczu z drugiej strony.

Niemniej od poprzednich ważnem następstwem podrażnienia autonomicznego jest uznane powszechnie działanie wzniecających je podniet na stan naczyń wieńcowych serca, zdolność wywoływania zwężenia tych naczyń. Od tego zależy może nawet, przynajmniej w pewnej części, cały dalszy mechanizm działania wpływów autonomicznych. Wszak chodzi tu wprost o dostarczanie materyałów odżywczych dla mięśnia sercowego, a w dalszym ciągu o niemniej ważne usuwanie z krwią żylną materyałów zużytych.

Nie trudno pojąć, że u osób, odznaczających się większą pobudliwością autonomiczną, cały układ krążenia mniej jest sprawny i wytrzymały. Są to ludzie pod względem fizycznym mniej wartościowi. Taka hipotonia nie należy wogóle do rzeczy rzadkich. U młodych osób spotkać się z nią



Ryc. 7.

można częściej, aniżeli powszechnie sądzimy. Chodzi tylko o stopień. Tam, gdzie nie jest wysoki, chorzy nie doznają wyraźnych przypadłości. O radę lekarską zgłaszają się dopiero wtedy, jeśli pojawiają się znaczniejsze dolegliwości, które już wprost przeszkadzają w pracy. Dla przykładu posłużyć tu może następujące spostrzeżenie.



Ryc. 8.

Józef S., lat 18, wyznania rzymsk.-kat., czeladnik bednarski z Kroacyi, przyjęty na oddział 1. grudnia 1913 r. (Zob. ryc. 7).

W y w i a d y. Chory zgłosił się o poradę w ambulatoryum szpitalnem z tego powodu, że doznaje w ostatnich czasach bardzo często uczucia bólu i ściskania pod mostkiem. Ból rozprzestrzenia się na klatkę piersiową i na kończynę górną lewą. Towarzyszy mu uczucie dławienia i lęku. Napady tego rodzaju, trwające po kilka lub po kilkanaście minut, przydarzają się zarówno przy pracy, jak i wśród spokoju, n. p. w nocy. Ciekawe jest podanie chorego, że opisane uczucia powstają niekiedy także pod wpływem kilku głębokich bardzo oddechów. Poza tem dowiadujemy się, że po jedzeniu zjawiają się niemal stale zgaga, odbijanie kwaśne, bardzo często dławienie w gardle i czkawka. Stolec oddaje chory najmniej 2—3 razy dziennie, od czasu do czasu zjawia się wprost rozwolnienie, które wszakże nie sprawia żadnych niemiłych uczuć. Często występuje parcie na mocz i chory oddawać go musi najmniej 10 do 12 razy na dzień. Poza tem istnieje znaczna wrażliwość naczynioruchowa i skłonność do potów. Przy pracy nuży się chory łatwo i podaje, że zabiera się do niej niechętnie, że dopiero przezwyciężać się musi, aby pracować. Nazywa to lenistwem i ubolewa nad niem. Z innych szczegółów zasługuje na uwagę ziębnięcie nóg i rąk oraz częste polucye. Stosunków płciowych ani samogwałtu chory miał nie uprawiać.

B a d a n i e stwierdza: Wzrost zaledwo średni, budowa kośćca raczej wątła. Na czaszce znać wyraźne zgrubienia w linii szwów. Twarz niezupełnie umiarowa, czoło w tył podane, kość policzkowa po stronie lewej wystaje o wiele silniej, aniżeli po stronie prawej. Wargi grube, sinawe, język drży, błona śluzowa gardła soczysta, nieco sinawa, naczynia porozszerzane. Odruch gardłowy niezmiernie słaby. Szyja miernie długa, gruczoł tarczowy niewidoczny, daje się jednak wymacać wyraźnie i okazuje znaczną zbitość. Klatka piersiowa płaska, z szerokiemi międzyżebrzami. Przy zwyczajnem oddychaniu dostrzedz można od czasu do czasu nasilone, głębokie wdechy. Na zapytanie podaje chory, że musi tak czasem odetchnąć, bo mu brakuje powietrza, jeśli tylko zwyczajnie oddycha. Przez badanie fizyczne nie można w płucach wykryć żadnych zmian.

Uderzenie serca rozlane, dość silne, uderzenie końca w V międzyżebrzu, na wewnątrz od linii sutkowej. Stłumienie bezwzględne na przestrzeni cokolwiek mniejszej, aniżeliby się spodziewać należało ze względu na wiek chorego. Tony serca czyste. Nad żyłami szyjnemi buczenie. Tętnice sprychowe wiotkie, tętno o zmiennej fali, miękkie, rytm tętna, a wraz z tem i liczba jego nader zmienne. Liczono po 54—88 uderzeń na minutę. Parcie krwi, obliczone według zdjęć przyrządem v. Recklinghausena w m/m Hg, wynosiło: średnie 89, rozkurczowe 66, skurczowe 111 m/m Hg. Na obrazach sfigmograficznych tętnic ocenić można nader łatwo słabe jego napięcie po znacznem odchyleniu przez falę wsteczną. Objaw Aschnera bardzo wyraźny, fale tętna mają cechy tętna wagotonicznego. Po zaprzestaniu ucisku nabrało tętno cech dwubitności. (Zob. ryc. 8).

Brzuch płaski. W narządach jamy brzusznej żadnych zmian stwierdzić nie można.

W zakresie odruchów znaleziono bardzo znaczną wrażliwość naczynioruchową skóry i wybitną wagotoniczną odruchowość mięśniową, polegającą na tworzeniu się po uderzeniu młotkiem opukowym znacznych wałów mięśniowych. Wał taki widać na rycinie bardzo wyraźnie w mięśniu dwugłowym ramienia prawego i drugi, mniejszy, pod obojczykiem lewym.

W czasie badania pocił się chory, a z pod pach spływał pot obfitemi kroplami.

Badanie treści żołądkowej po śniadaniu próbnem, oraz badanie kału nie stwierdziło żadnych nieprawidłowości.

Skład krwi: ciałek czerwonych 3,950.000, Hgl. 68%, ciałek białych 7,400. Stosunek odsetkowy leukocytów; neutrochłonnych 52·6%, limfocytów 28·6%, wielkich jednojądrzastych 5·5%, przejściowych 8·3%, eozynochłonnych 5%.

Po 0·005 gm pilokarpiny obfite poty, ślinotok — w przeciągu najwyżej pół godziny wypluł chory co najmniej 150 ctm^3 śliny — dławienie w gardle i nudności, uczucie niepokoju pod mostkiem, a przytem uczucie wyczerpania tak znaczne, że, jak chory o sobie podawał, nie mógł się zdobyć na to, aby poruszyć się w łóżku.

Po nadnerczynie, zastosowanej w ilości 0·001 gm pod skórę nie pojawiły się nawet najmniejsze ślady cukru.



Ryc. 9.

W spostrzeżeniu tem mamy przykład niesprawności ustrojowej, z jaką nietrudno spotkać się lekarzom fabrycznym i wogóle lekarzom, którzy mają sposobność badać młodzież robotniczą. Jeśli taki młodociany robotnik odznacza się znaczną ambicyą, przemaga się i pracuje mimo tego, że czuje niezwykły trud pracy, wtedy występuje na jaw zupełnie wyraźnie wpływ układu nerwu błędnego na narząd krążenia. W naszym przypadku zaznaczał się on w pierwszym rzędzie zwiotczeniem tętnic, przez co nastawała pewna ulga dla serca. Ale równocześnie z tem uwydatniało się także naczynioruchowe działanie na tętnice wieńcowe serca. Następstwem jego były napady, o których chory wspomina w wywiadach, a które ze stanowiska klinicznej dyagnostyki poczytywać musimy za lżejszą postać dusznicy bolesnej, pochodzenia naczynioruchowego, nerwowego.

Napięcie autonomiczne objawia się u innych osób w odmienny także sposób, wywołuje niemiarowość ruchów serca bądźto

z typową bradykardyą, bądź też bez niej. Z przykładami takiej autonomicznej arytmii u wagotoników spotkać się łatwo zwłaszcza wtedy, gdy istnieją zaburzenia żołądkowe i jelitowe, wywołane błędami dyetetycznymi. Z wielkiem prawdopodobieństwem przyjąć tu trzeba, że przy pewnych zaburzeniach w trawieniu powstają w znaczniejszej ilości połączenia białkowe o skłonnościach autonomotropicznych, które, trafiając na stale istniejące większe napięcie (tonus) nerwowe w zakresie nerwu błędnego, drażnią poszczególne jego gałązki i wzniecają objawy, które już dawniej uważano za wyraz t. zw. zwrotnej nerwicy. Nerwicę uznajemy i dzisiaj, tylko że nieco inaczej tłomaczymy sobie mechanizm jej powstawania. Przy tem nowem tłomaczeniu uwydatnia się powinowactwo między tego rodzaju nerwicami, a stanami, które noszą znamiona samozatrucia. W tym samym duchu pojmować trzeba niezwykłe zwolnienie tętna, które spotykamy w przebiegu pewnych chorób zakaźnych. Niekiedy jest ono tak znaczne, że wprost zastanowić się nad niem trzeba. Przykład będzie może najlepszem objaśnieniem, a sam przypadek, który do tego posłuży, jest tem ciekawszy, że bradykardya powstała u trzynastoletniego chłopca w okresie zdrowienia po włóknikowem zapaleniu płuc.

Osmat H., wyzn. muzułmańskiego, uczeń, przyjęty na oddział 31 marca 1913 r.

Wywiady. Choroba rozpoczęła się przed 3 dniami silnym dreszczem, gorączką, kłuciem w klatce piersiowej.

Badanie stwierdziło zupełnie klasyczne krupowe zapalenie środkowego i dolnego płatu płuca prawego. W nocy z 3. na 4. kwietnia przesilenie choroby wśród bardzo obfitych potów i spadku ciepłoty ciała. Przy rannem badaniu znaleziono niezwykłe zwolnienie tętna, liczba jego wahała się przy kilkakrotnych liczeniach między 40 a 48; od czasu do czasu zjawiała się niemiarowość tętna (ryc. 9). Obrazy sfigmograficzne, zdejmowane kilkakrotnie, przypominają wcale dokładnie zmiany rytmu tętna, jakie bardzo często spotykamy u wagotoników, okazujących objaw Aschnera. Badanie serca nie dawało ani przy pierwszem, ani przy następnych badaniach żadnych podstaw dla rozpoznawania zapalenia mięśnia sercowego, przydarzającego się jako następstwo zakażenia. Bradykardya trwała do 10 kwietnia, poczem ustąpiła zupełnie. — Atropina wywierała wyraźny wpływ na częstość tętna, po myśli spostrzeżeń Dehio'a. Zmiany zapalne w płucach ustąpiły nader rychło. Przed wypuszczeniem chorego ze szpitala wykonano doświadczenie z pilokarpiną i przekonano sie, że już po 0,05 gm leku powstają typowe objawy pilokarpinizmu, jakby stan ten nazwać można, unikając w ten sposób dłuższego opisu zjawisk.

W dniu 18. kwietnia, kiedy chory opuszczał oddział, wynosiła liczba tętna 88, parcie krwi średnie 92 m/m Hg, rozkurczowe 52 m/m Hg, skurczowe 120 m/m Hg. Na krzywych tętna przekonać się było można, że jest zupełnie prawidłowe.

Z całego przebiegu wynika, że tło dla bradykardyi z arytmią było bezsprzecznie nerwowe. Że się tak dzieje w przebiegu chorób zakaźnych, o tem trzeba zawsze pamiętać, ale równocześnie trzeba myśleć także o możliwości zakaźnego zapalenia serca. Z rozstrzygnięciem nie wolno się nigdy spieszyć i lepiej myśleć zawsze raczej o gorszej sprawie. W ten sposób nie przyniesiemy szkody choremu. Tasama zasada obowiązywać powinna w przypadkach wszystkich napadów dusznicy bolesnej. Obraz jej w postaci czysto naczynioruchowej nie różni się co do samych objawów od obrazu, jaki spotykamy w napadach, gdzie tłem są zmiany anatomiczne w tętnicach wieńcowych serca lub około ich ujścia, jak to się zdarza w toku kiłowego stwardnienia aorty. Z ciężkim napadem stenokardyi czynnościowej spotkałem się niedawno u młodego człowieka, u którego wyszły później na jaw cechujące znamiona wagotonii.

(Dokończenie nastąpi).

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Alelekow. **Nowy sposób określania rzeczywistych rozmiarów serca drogą rentgenologiczną.** (Russkij Wracz Nr 5, 1914). Sposób, opisany przez autora, jest bardzo prosty, a polega na pomiarach cieniów serca na ekranie lub płytce fotograficznej, umieszczanych tuż za plecami badanego w warunkach dwu różnych odległości antykatody od ekranu lub płytki. Niezbędnem jest przytem, by odległości te stały do siebie w stosunku ściśle 1:2 i by pomiary lub fotografowanie odbywało się przy jednakowej fazie oddechowej badanego. Poszukiwany rozmiar serca określa się wtedy z równania: $x = \frac{l.\ l'}{2\ l'l}$, w którem x oznacza rozmiar serca, l pierwszy pomiar cienia serca, l' drugi jego pomiar przy odległości antykatody od ekranu lub płytki fotograficznej o dwa razy mniejszej. Formułę powyższą autor wyjaśnia odpowiedniemi obliczeniami geometrycznemi.

Z. Gilewicz

Wermel. **O właściwościach krwi, względnie surowicy po zadziałaniu promieni Röntgena.** (Münch. med. Woch. Nr 6, 1914). W. na zasadzie swych doświadczeń doszedł do przekonania, że krew wypuszczona po naświetlaniach, posiada pewną energię rentgenowską, która objawia się t. zw. fotoczynnością (Aktivität), a energię tę zachowuje krew nawet i 3 tygodnie po naświetlaniu. Z pomocą takiej naświetlonej surowicy można wywołać typowe zmiany w innej krwi, odczyn skórny, odczyn w gruczołach powiększonych i t. p., tak że może znajdzie ona zastosowanie lecznicze. K.

Bauer i M. Bauer-Jokl. **Badania nad krzepliwością krwi ze szczególnem uwzględnieniem nagminnego wola.** (Zft. f. kl. Med. 79, 1—2). Krzepliwość krwi badano metodą Fulda; okazała się ona przy wolach zawsze zwolnioną, przyczem nieraz we krwi znajdowano limfocytozę (mononukleozę), ew. eozynofilię. Po wycięciu wola i grasicy zwykle poprawia się ta wada krzepliwości. Podawanie tyreoidyny często wpływa korzystnie na przyspieszenie krzepnięcia, co zwłaszcza przy krwawiączce powinno znaleść zastosowanie. Zwolnienie krzepnięcia krwi spostrzega się też nieraz przy cierpieniach nerek, wątroby, niedokrwistościach i neuropatyach. K.

Magnus i Kleijn. **Dalszy przypadek tonicznych odruchów szyjnych u człowieka.** (Münch. med. Woch. 1913, Nr 46). Swego czasu u zwierząt, pozbawionych mózgu, wykazali autorowie charakterystyczne odruchy w kończynach przy ruchach głową i szyją. Obecnie opisują przypadek podobnych odruchów u człowieka. Przypadek ów dotyczy dziecka 9-letniego, porażonego i ślepego, nie oddziałującego na żadne podniety. Otóż u dziecka tego przy obracaniu głowy w stronę lewą zjawiały się kurcze mm. szyjnych po stronie lewej, a zwolnienie napięcia mięśn. po stronie prawej, a przy skręcaniu głowy w stronę prawą gra mięśni była odwrotna; zupełnie podobnie do odruchów, jakie autorzy wywoływali doświadczalnie u zwierząt. K.

Gulat-Wellenburg. **Wybitny przypadek przeżuwania u człowieka.** (Münch. med. Woch. 1913 Nr 46).

Dotychczas przypuszczano, że w przypadkach przeżuwania u ludzi musi istnieć zawsze rozszerzenie przełyku lub żołądek klepsydrowaty; promienie Röntgena udowodniły jednak, że przeżuwanie odbywać się może i u ludzi z zupełnie prawidłowym żołądkiem i często u ludzi tych występuje ono nie stale, lecz czasowo, ew. może być siłą woli wstrzymane. Z czasem rozwija się zwykle dopiero następowo rozszerzenie przełyku. Taki przypadek badał autor promieniami Röntgena. Dotyczył on 63-letniego, zresztą zdrowego człowieka, który produkował się w Monachium połykaniem i oddawaniem żywych żab i ryb. Badanie wykazało zupełnie prawidłowy przełyk i żołądek, z wyjątkiem znacznie zwiększonej ruchomości ścian i braku wydzielania w żołądku. Człowiek ów przeżuwał już od dzieciństwa i twierdzi, że uważa przeżuwanie za zupełnie naturalne, a pokarmy smakują mu przy przeżuciu tak, jak z talerza. Syn i wnuk tego człowieka również przeżuwają pokarmy.

K.

Palmulli. **Patogeneza wrzodu żołądka.** (La Riforma medica Nr 46, 1913) Niektórzy badacze przyjmowali za przyczynę powstawania wrzodu żołądka zaburzenia w krążeniu tego narządu, i tak Hayem zakrzep, Virchow zator, Rokitansky zastój żylny. Według P. żadne z tych przypuszczeń nie jest uzasadnione, a to z powodu stosunków anatomicznych układu tętniczego żołądka. Mianowicie dowóz krwi następuje przez tętnicę trzewną (arteria coeliaca) zapomocą wszystkich 3 gałęzi, t. j. tętnicy śledzionowej, wątrobowej i lewej t. wieńcowej żołądka. Tętnice te łączą się, przechodząc niejako w siebie i oddają odgałęzienia w głąb ściany żołądka, wytwarzające kilka delikatnych łączących się ze sobą splotów, z których ostatni otacza same cewki gruczołowe i podchodzi tuż pod nabłonek. Wskutek tego trudno przypuścić, żeby jakaś przeszkoda w krążeniu mogła wywołać poważniejsze następstwa. Zniesienie krążenia na pewnem ściśle ograniczonem miejscu błony śluzowej żołądka mogłoby tylko wtedy nastąpić, gdyby równocześnie światło całego szeregu naczyń włosowatych, odżywiających to miejsce, uległo naraz zaczopowaniu, przyczem zatory musiałyby być ułożone kolisto. Oczywiście trudno przyjąć taki zbieg okoliczności. Zauważyć nadto należy, że w przebiegu chorób, które dość często wiodą do nadżerek błony śluzowej żołądka, jak przewlekłe nieżyty żołądka, choroby serca, choroby zakaźne, choroby nerek i t. d., tylko wyjątkowo spostrzega się wrzód okrągły. Wzmożenie kwaśności żołądkowej w niektórych z tych cierpień również nie tłómaczy powstania wrzodu, gdyż są znane przypadki wrzodów trawiennych bez równoczesnego zwiększenia się kwaśności żołądkowej. Nie wytrzymuje krytyki także i twierdzenie Virchowa, że wrzód trawienny zawdzięcza swe powstanie zaburzeniom krążenia w obrębie większych pni tętniczych, zaopatrujących żołądek; wykazanie tej przyczyny byłoby bardzo łatwe, tego rodzaju zaburzenia występują jednak tylko wyjątkowo równocześnie z wrzodem okrągłym. Owrzodzenia, wywoływane u zwierząt doświadczalnie, czy to drogą zatoru, czy przez podwiązanie naczyń żołądkowych, są powierzchowne, szybko się zabliźniają i mają odrębne cechy histologiczne; również i klinika uczy, że wrzód występuje tylko nadzwyczaj rzadko w przebiegu chorób wywołujących zator lub zakrzep (wady serca, choroby zakaźne i in.). Przeciw zastojowi żylnemu, jako przyczynie wrzodu żołądka, przemawia fakt, że w przebiegu marskości wątroby o typie Laenneca nigdy nie spotyka się typowego wrzodu okrągłego. Wywody niektórych autorów, że cierpienie to powstaje wskutek nadmiernej kwaśności i sokotoku żołądkowego, nie mogą się utrzymać, gdyż w takim razie musielibyśmy w każdym przypadku wzmożonej kwaśności żołądkowej spotykać wrzody okrągłe, co nie odpowiada rzeczywistości. Wynika to również i ze statystyki Ewalda, według której z osób mających wrzód trawienny u 34% jest kwaśność nadmierna, u 56% prawidłowa, u 10% zmniejszona. Również twierdzenie Eichhorsta, że przyczyną wrzodu jest alkohol, wywołując już to przewlekły nieżyt żołądka, już to zmiany miażdżycowe w obrębie jego tętnic, już to zastój żylny w następstwie marskości zanikowej wątroby, już to wreszcie zmiany miejscowe w błonie śluzowej żołądka — nie jest uzasadnione. Jeżeliby bowiem sam nieżyt mógł wywołać powstanie wrzodu trawiennego, to w takim razie spotykalibyśmy równocześnie nie jeden lub nawet kilka wrzodów, lecz ubytki, zajmujące większe przestrzenie wewnętrznej powierzchni żołądka; nadto spotykamy wiele osób z przewlekłym nieżytem, jednak bez wrzodu. Powtóre doświadczenia wykazały, że przewlekłe zatrucie wyskokiem nie wiedzie do miażdżycy, a nawet, jeżeliby tak było i jeżeliby miażdżyca miała być przyczyną wrzodu, natenczas powinnibyśmy go spotykać przedewszystkiem u osób starszych, tymczasem jest on cierpieniem przeważnie wieku młodszego. Przeciw zastojowi żylnemu, jako przyczynie, przemawia już powyżej przytoczony fakt, że typowy wrzód okrągły występuje tylko wyjątkowo w przebiegu marskości zanikowej wątroby. Nie można także przyjąć miejscowego działania alkoholu na błonę śluzową żołądka, gdyż naprzód działanie takie musiałoby się rozciągać na większą część powierzchni żołądka, powtóre zaś wiemy już, że także miejscowe uszkodzenia błony śluzowej żołądka wiodą tylko do szybko zabliźniających się nadżerek, nigdy zaś nie wiodą do typowej postaci wrzodu trawiennego. Początek nowego kierunku przy szukaniu przyczyny wrzodu okrągłego dały doświadczenia Dalla Vedovy, który znajdował zmiany wsteczne w nerwie błędnym, trzewnym i splocie trzewnym (plexus solaris), albo wycinając ich kawałki, albo wstrzykując do ich pni alkohol absolutny; tak splot trzewny, jak i wspomniane dwa nerwy zaopatrują żołądek. Przy uszkodzeniu nerwu błędnego tylko wyjątkowo miewał Vedova wynik dodatni, uszkadzając zaś n. trzewny i splot trzewny otrzymywał w 50—60% wyniki dodatnie, t. zn. owrzodzenia błony śluzowej, niekiedy wprost łudząco podobne do klasycznego wrzodu trawiennego u człowieka. T. powtórzył dla kontroli 24 doświadczeń Dalla Vedovy. U wszystkich zwierząt znaleziono przy sekcyi zmiany błony śluzowej żołądka w postaci wybroczyn i powierzchownych ubytków, nadto u pewnej liczby zwierząt, i to tak u tych, gdzie P. uszkadzał nerw błędny, jak i u tych, u których uszkadzał nerw trzewny, względnie splot trzewny, otrzymał owrzodzenia, mające wszelkie cechy wrzodu okrągłego. Że wyniki te, otrzymane doświadczalnie u zwierząt, można przenieść także i do patologii ludzkiej, czyli, że należy przyjąć nerwowe pochodzenie wrzodu w następstwie zmian wstecznych w nerwach błędnych, względnie trzewnych, dowodzi także i analogia z »mal perforant du pied«, które jest również zaburzeniem troficznem i ma wiele wspólnych cech histologicznych z wrzodem trawiennym. Największe zaś poparcie dają temu twierdzeniu co do nerwowego pochodzenia wrzodu przypadki (II. klinika chirurg. wiedeńska), w których przy sposobności obustronnego przecięcia nerwów błędnych w celu usunięcia wiądowych przełomów żołądkowych, stwierdzano bardzo często podczas operacyi obecność wrzodu okrągłego, lub też blizn po nim, a w wyciętych kawałkach nerwu błędnego zmiany wsteczne. Dlaczego jednak zmiany w tych nerwach niezawsze wiodą do wrzodu trawiennego? Tłómaczą to stosunki anatomiczne unerwienia ścian żołądka. Wszystkie włókna nerwowe, dochodzące do żołądka, wytwarzają, bez względu na pochodzenie, wspólne dwa sploty, jeden w obrębie warstwy mięsnej, drugi w błonie podśluzowej. Wskutek tego, gdy pewna ilość włókienek nerwowych, zaopatrujących dany obszar ściany żołądka, ulegnie zniszczeniu względnie uszkodzeniu, mogą sąsiednie włókienka nerwowe zastępczo zabezpieczać odżywienie zagrożonej części błony śluzowej. Zapatrywanie co do wpływu wspomnianych nerwów na powstawanie wrzodu trawiennego należy zapewne rozszerzyć na wszystkie nerwy i wszystkie odpowiadające im ośrodki, które panują czy to nad trofizmem, czy nad krążeniem, czy też nad ruchami żołądka; nadto należy przy-

jąć, że wsteczne zmiany rozmaitych części układu nerwowego ośrodkowego mogą prowadzić do powstawania wrzodu, za czem przemawiają doświadczenia, wykonane na zwierzętach. Przyczyną schorzenia ośrodków troficznych żołądka, względnie nerwów łączących je z żołądkiem, mają być według P. zatrucia natury wewnętrznej lub zewnętrznej, czyli chodzi tu o neurotoksyczne pochodzenie wrzodu. Przypuszczenie to znajduje poparcie w obserwacyi klinicznej, albowiem prawie we wszystkich przypadkach tego cierpienia spotykamy już to trwające, już to przebyte zatrucie, względnie zakażenie w postaci chorób zakaźnych, dny, alkoholizmu, ołowicy, blednicy i i. Na odpowiedź czekają jeszcze dwa pytania: Dlaczego wrzód żołądka pojawia się przeważnie w młodszym wieku i dlaczego te same czynniki toksyczne niezawsze wiodą do wrzodu? P. przyjmuje dla wytłómaczenia drugiej części tego pytania wrodzoną niedomogę ośrodków troficznych żołądka. Gdy dany osobnik zbliża się do okresu pokwitania, natenczas czynności żołądka, podobnie jak i innych narządów, mają zwiększone zadanie, tak, że jego mechanizm ośrodkowy ledwie im może podołać. Jeżeli tedy teraz dołączy się jakiś czynnik trujący, jeszcze bardziej obniżający sprawność tych ośrodków, natenczas sok żołądkowy, zwłaszcza zawierający nadmiar wolnego HCl, może wywierać niszczący wpływ właśnie na te miejsca błony śluzowej żołądka, których trofizm niedomaga. Przypadki zaś, gdzie wrzód występuje dopiero w późniejszym wieku, tłómaczy P. tą okolicznością, że stopień niedomogi wrodzonej ośrodków troficznych żołądka może być rozmaity, następnie różnem nasileniem i różną długością czasu działania tych czynników toksycznych, albowiem rozmaite osoby albo wcale nie, albo dopiero później zaczynają podlegać wpływowi alkoholu, nikotyny i t. d. Co się tyczy tych czynników, które uchodziły dotychczas za główne i bezpośrednie przyczyny wrzodu trawiennego, jak zator lub zakrzep siatki naczyniowej żołądka, zastój w obrębie żyły wrotnej, nadżerki błony śluzowej, nadmierna kwasność soku żołądkowego i wreszcie wagotonia (wskutek której miało występować w ograniczonych przestrzeniach błony śluzowej niedokrwienie, a w następstwie upośledzenie odżywienia i wreszcie wrzód), to mają one znaczenie czynników drugorzędnych. Dr T. T.

Pedyatrya.

Meisenbach: **Nowa teorya o przyczynie porażeń dziecięcych.** (Kuracisto 1914 Nr 1). Autor zauważył, że równocześnie z epidemiami porażeń dziecięcych występowały u zwierząt schorzenia, podobne do zapalenia opon mózgowych o nieznanej przyczynie, nazwane po angielsku »Limber Neck« (giętki kark). Z kur, padłych na tę chorobę, zebrał M. poczwarki (larwy) much i roztarłszy w glicerynie, podawał je małpom, morskim świnkom, oraz zdrowym kurom. W ten sposób udawało mu się wywołać ostre objawy poraźne różnego stopnia w przeciągu 10—48 godzin. Oprócz tego pojawiały się nieżyt nosa, łzawienie, utrata łaknienia, podniesienie ciepłoty, zamglenie oczu i utrata głosu. Smierć poprzedzały u tych zwierząt porażenia i ciepłota niższa od prawidłowej. Zwierzęta, które dostały małą ilość larw, wyzdrowiały. Tesame doświadczenia udawały się na psach. Autor nie uważa much za bezpośrednią przyczynę choroby, lecz uważa je za przenośniki choroby z człowieka na zwierzęta i ze zwierzęcia na zwierzę. Doświadczenia te prowadzi M. dalej. Dr Blasberg.

Prof. Müller: **O niedokrwistości i rzekomej niedokrwistości w wieku dziecięcym i o ich leczeniu.** (Z. für ärztl. Forb. Nr 3, 1914). Krew i jej czynność należy rozpatrywać z punktu widzenia fizyczno-chemicznego. Najważniejszem zadaniem krwi jest przenoszenie tlenu z płuc do tkanek, oddawanie tlenu tkankom i powrotne przenoszenie bezwodnika kwasu węglowego do płuc. Hemoglobina czerwonych ciałek krwi wypełnia to zadanie. Dla należytego wypełnienia tego zadania jest konieczna przedewszystkiem dostateczna wymiana gazów w płucach, następnie dostateczna działalność pompy sercowej, dostateczna ilość krążącej krwi, a z nią czerwonych ciałek krwi i hemoglobiny, i zdolność hemoglobiny do przyjmowania dostatecznej ilości tlenu. Tę zdolność hemoglobiny nazywamy pojemnością tlenową (Sauerstoffkapazität). Dzisiaj umiemy wszystkie te czynniki dokładnie wymierzyć. Z tych czynników najważniejszym jest ilość krwi, którą serce w przeciągu jednej minuty oddaje naczyniom i ilość krwi, którą serce oddaje tętnicy głównej przy każdym skurczu lewej komórki. Pierwszą ilość nazywamy objętością minutową (Minutenvolumen), drugą ilość nazywamy objętością skurczu serca (Herzschlagvolumen). Między 6—11. rokiem życia pierwsza ilość = 3184 cm^3, t. j. 133·5 cm^3 na kilogram; druga ilość 39·0 cm^3; obieg krwi trwa 30·4 sekund. Ilość krwi w ustroju wynosi $^1/_{15}$ wagi ciała, ilość hemoglobiny 0·8 g. na 100 g. wagi ciała. W prawidłowych warunkach cała ilość krwi nasyca się tlenem w płucach; 30% tlenu zostaje oddanych komórkom w naczyniach włosowatych, a 70% powraca do płuc. Niedostateczna ilość hemoglobiny zostaje wyrównana przez powiększenie ilości krwi w ustroju i dziecko takie nie jest niedokrwistem pomimo, że odsetkowe określenie hemoglobiny może wykazywać jej zmniejszenie. Przy wrodzonych wadach serca sam ustrój zapobiega powstawaniu niedokrwistości przez powiększenie ilości czerwonych ciałek krwi do 7 lub 8 milionów, a z tem i ilości hemoglobiny. Zdaniem M. ilość tlenu w czerwonych ciałkach krwi nie jest stałą. Zużywanie i zapotrzebowanie tlenu reguluje krążenie. Powołanie zapasów sił wyrównawczych serca nie zależy od rodzaju choroby, lecz od stopnia zubożenia w tlen; w grę tu wchodzi powiększenie się objętości minutowej. Czem lepiej komórki zużytkowują tlen z krwi, tem objętość minutowa będzie mniejszą i naodwrót. Siła życiowa komórek ma tutaj doniosłe znaczenie. Osłabione komórki zużytkowują wogóle tlen gorzej, niż zdrowe. Objętość minutowa nie jest objętością stałą, lecz stosuje się ona do zapotrzebowania. U człowieka n. p. fizycznie pracującego objętość minutowa zwiększa się, a zwiększenie to znajduje wyraz kliniczny w przyspieszonem tętnie, w przyspieszeniu uderzeń serca. Człowiek pracujący fizycznie oddycha forsownie, starając się przez obfite przekrwienie płuc więcej tlenu przysporzyć ustrojowi. Czynności te nie pozostają bez wpływu na ustrój, gdyż w pierwszym rzędzie pociągają za sobą rozszerzenie lewej komórki. To są główne źródła, dzięki którym ustrój podołać może wzmożonym zapotrzebowaniom tlenu. Krew nie jest »narządem« w tem znaczeniu, jak n. p. wątroba, szpik kostny, ani też żadną »tkanką płynną«, jak ją niektórzy nazywają. Nie posiada ona własności wszystkich istotnych narządów i tkanek, mianowicie — zdolności pomnażania swoich komórek. Zadaniem krwi jest pośredniczyć pomiędzy narządami; to co zabiera z jednych narządów, to przenosi do drugich, sama dla siebie nic nie biorąc, starając się utrzymać niezmiennie tak swój skład chemiczny, jak i fizyczny. Najgłówniejszem zadaniem krwi jest zabrać tlen z płuc i wydzielić przez płuca bezwodnik kwasu węglowego. Z jelit roznosi krew do wszystkich tkanek materyał odżywczy, pośredniczy w wymianie wytworów gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem, n. p. adrenaliny, tyreoidyny. W ustroju nic się zdarzyć nie może bez współudziału krwi. Dzisiaj utrwaliło się przekonanie, że wszystkie postacie niedokrwistości u dzieci są pochodzenia wtórnego; dlatego dzielimy je tylko na niedokrwistości wtórne i na stany rzekomej niedokrwistości. Niedokrwistości wtórne bywają niedokrwistościami »konsumpcyjnemi«, mającemi swoje źródło w nadmiernem zużywaniu krwi, i niedokrwistościami »hypoplastycznemi«, zależnemi od niedostatecznego tworzenia się krwi. Wyniki obydwu tych stanów są jednakowe: niewystarczająca ilość tlenu dla spraw spalania w ustroju. Są i takie postacie niedokrwistości, w których obydwa te stany wchodzą w grę; mówimy wtedy o niedokrwistości zupełnej. Jak rozpoznać klinicznie, czy mamy przed sobą niedokrwistość prawdziwą, czy też rzekomą? Bladość błon śluzowych przy odsetkowem zmniejszeniu ilości hemoglobiny świadczy

o niedokrwistości, spowodowanej zmiejszeniem się ilości hemoglobiny; jeżeli ilość hemoglobiny jest prawidłowa, a błony śluzowe przytem blade, to przemawia to za zmniejszeniem się ilości krwi. Hemoglobinę najlepiej określać metodą Sahliego. Prawidłowo ilość hemoglobiny u zdrowego dziecka, określona tym sposobem, waha się między 65—75%. Ponieważ zawartość hemoglobiny nigdy nie jest stałą, więc obniżenia jej nawet do 60% nie należy uważać jeszcze za stan chorobowy. Przyczyny niedokrwistości wtórnych u dzieci są bardzo różne, jak n. p. plamica krwotoczna, czarna choroba noworodków, choroba Basedowa, tasiemce, krwotoki, wogóle te choroby, które pociągają za sobą utratę krwi, dalej choroby zakaźne, jak gruźlica, przymiot wrodzony, grypa i t. d. Toksyny bakteryjne, krążące we krwi, działają hamująco na narządy krwiotwórcze. Jakość odżywiania nie pozostaje bez wpływu na niedokrwistość. Przekarmianie mlekiem, zawierającem mało żelaza, jest kardynalnym błędem w tych przypadkach. Niektóre jednak dzieci mogą spożywać bardzo obficie mleko bez nastąpienia niedokrwistości; przy powstawaniu więc niedokrwistości w grę wchodzi także wrodzona do niej skłonność. Pomiędzy niedokrwistością i skazą wysiękową również istnieje związek. Skaza ta objawia się skłonnością błon śluzowych do nieżytów tak w drogach oddechowych, jak i w narządach trawienia i moczowo-płciowych. Również stoją niedokrwistości w związku i z innemi skazami, jak limfatyczne. Czy krzywica stoi w związku z niedokrwistością. trudno dzisiaj orzec. Zmiany we krwi przy niedokrwistościach wtórnych są nieznaczne. Ilość czerwonych ciałek krwi bywa nieznacznie zmniejszona, natomiast ilość białych ciałek znacznie wzmożona. Znajdujemy często młode ciałka krwi, czy to w postaci czerwonych ciałek krwi z jądrami, czy to w postaci myelocytów i innych młodych postaci ciałek białych, jako wyraz odczynu narządów krwiotwórczych, które w ten sposób starają się niejako uzupełnić brak roznośników tlenu. Zawartość hemoglobiny obniża się do 40% lub 50%. Wyrazem podrażnienia narządów krwiotwórczych jest niedokrwistość śledzionowa (anaemia splenica pseudoleucaemica). Głównym jej objawem jest obrzęk śledziony, która może dosięgnąć znacznych rozmiarów. Przyczyną tej choroby bywa w niektórych przypadkach przymiot wrodzony, a występuje ona w końcu pierwszego lub w początkach drugiego roku życia. Niedokrwistość przy żadnej innej chorobie nie występuje tak jaskrawo, jak przy blednicy, której powstanie niektórzy objaśniają nieprawidłową działalnością gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem, szczególniej jajników. Badanie krwi przy tej chorobie wykazuje obniżenie odsetkowej zawartości hemoglobiny, przyczem ilość czerwonych ciałek krwi jest nieznacznie zmniejszona. Ilość krwi przy blednicy jest znacznie zwiększona, jako wyraz czynności wyrównawczej ustroju celem zrównoważenia niedostatku hemoglobiny. Blednica jest niedokrwistością hipoplastyczną, rozwijającą się na tle niedostatecznego tworzenia się krwi.

Niedokrwistościami rzekomemi w wieku dziecięcym nazywamy takie stany, w których stan krwi nie przemawia za niedokrwistością, jedynie cera dziecka za nią przemawia. Rzekome niedokrwistości dzielimy na trzy grupy. Pierwsza grupa obejmuje dzieci neuropatyczne, kiedy równowaga między wpływem n. współczulnego i n. błędnego jest naruszona i kiedy przewaga jest po stronie n. współczulnego. Wtedy występuje zwężenie naczyń, dłużej lub krócej trwające, a wraz z niem i bladość skóry, szczególniej twarzy. Ta postać niedokrwistości zdarza się w rodzinach neuropatycznych i bladość ta jest rodzinną. Druga grupa obejmuje dzieci z nieprawidłowem rozmieszczeniem krwi w ustroju, co się zdarza przy chorobach narządów wewnętrznych n. p. jelit, wątroby, kiedy do nich następuje większy przypływ krwi, a natomiast zmniejsza się zawartość krwi w skórze. Trzecia grupa obejmuje te dzieci, których skóra odznacza się zmniejszoną przejrzystością, n. p. często u brunetów, dzieci limfatycznych, u dzieci ze słabo rozwiniętą siatką naczyń skórnych włosowatych. Niedokrwistość u dzieci szkolnych występuje na tle neuropatycznem, ale również zależy ona od siedzącego życia dzieci, które pociąga za sobą nieregularność stolca, a wraz z tem nieregularne rozmieszczenie krwi w ustroju. U dzieci proletaryatu niedokrwistości są wywołane nieprawidłowem odżywianiem się, niehigienicznemi mieszkaniami. Ponieważ niedokrwistość w wieku dziecięcym jest zjawiskiem wtórnem, więc leczenie powinno być skierowane przeciw tym chorobom, na tle których niedokrwistość występuje. Dlatego też n. p. niedokrwistość śledzionową, występującą na tle przymiotu, leczyć będziemy wstrzykiwaniami neosalwarsanu z dobrym wynikiem. W blednicy dobre wyniki daje żelazo, kombinowane z leczeniem napotnem i zastosowaniem spokoju.

Tadeusz Kon.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Związek polski lekarzy i przyrodników w Petersburgu.

XXVII naukowo-administracyjne posiedzenie Wydziału lekarskiego w dniu 13. (26) grudnia 1913 r.

Obecnych członków 20, gości 5. Przewodniczy prezes Prof. Ziemacki. Prezes podaje wiadomość o śmierci członka »Związku«, Dr med. Pawła Konarzewskiego i wzywa obecnych, by uczcili pamięć zmarłego przez powstanie.

Protokół ostatniego posiedzenia przyjęto.

I. Dr Adam Huszcza: **O wpływie wzmożonego ciśnienia atmosferycznego na skład krwi.** Na wstępie zaznaczył mówca, że co do wpływu wzmożonego ciśnienia atmosferycznego na skład krwi wykonano dotąd bardzo mało badań, tak, że sprawa ta w najnowszych obszernych dziełach, poświęconych hematologii, jest pomijana milczeniem. Brak to rażący w nauce o krwi, tembardziej, że sprawa działania na krew obniżonego ciśnienia barometrycznego (n. p. w klimacie wysokogórskim) była i jest studyowana przez bardzo licznych badaczy, a zestawienie otrzymanych w tym względzie wyników można znaleźć we wszystkich podręcznikach hematologii. Tymczasem rzeczą jest niewątpliwą, że należyte wyświetlenie działania, jakie wywiera na krew wysokie ciśnienie atmosferyczne, miałoby nietylko wartość ogólno-biologiczną, ale może też mieć niemałe znaczenie praktyczne dla wyjaśnienia wpływów szkodliwych na ustrój t. zw. chorób kesonowych. Przytoczywszy pokrótce dotychczasowe dane w tej sprawie, istniejące w piśmiennictwie (prace Świąteckiego, Sulikowskiego i Bornsteina), a dowodzące powstawania niedokrwistości u zwierząt, poddawanych działaniu wysokiego ciśnienia atmosferycznego, mówca nadmienił też i o wynikach badań nad zachowaniem się krwi pod działaniem tlenu (Sellier, Rignard — u zwierząt, a Koranyi, Beme — u ludzi), jak również i o wynikach spostrzeżeń hematologicznych, dokonanych u robotników kesonowych (Świątecki, Heller, Meyer i Schrötter, Sołowcowa). Chociaż wszystkie niemal te prace wskazywały dość zgodnie na anemizujący wpływ wzmożonego ciśnienia powietrza, lub też samego tlenu, jednakże i niewielka ilość tych badań i drobne dość ich rozmiary, a często nieścisłe i niezupełne opracowanie, nie są wystarczające dla rozstrzygnięcia tak ważnego zagadnienia biologicznego. Toteż 2 lata temu podjął mówca przy budowie mostu Pałacowego cały szereg badań na królikach w celu wyjaśnienia tej sprawy. Badania te, tyczące się różnych właściwości krwi, przeprowadzone na znacznym materyale, stanowią przedmiot rozprawy doktorskiej prelegenta i doprowadzają do wniosku, że we krwi zwierząt pod wpływem wzmożonego ciśnienia rozwijają się niewątpliwie zmiany, właściwe niedokrwistości, t. j. zmniejszenie się ilości krwinek czerwonych i hemoglobiny, tudzież i tlenochwytności (O_2-Capacität) z częstem występowaniem leukocytozy. Nie poprzestając na tych badaniach,

ukończonych na wiosnę r. b., mówca wykonał jeszcze kilka doświadczeń w końcu lata, które złożyły się na odczyt niniejszy. W tych doświadczeniach chodziło o wyjaśnienie następujących pytań: 1) Jak zachowuje się krew w atmosferze wzmożonego ciśnienia przed przejściem zwierzęcia do atmosfery prawidłowej, i 2) jakie jest działanie wysokiego ciśnienia na krew »in vitro«. W tym celu mówca umieszczał króliki w kamerze doświadczalnej pod ciśnieniem 19 do 27 funt. (1,3—1,8 atm) na przeciąg 10 dni i badał je co parę dni wewnątrz owej kamery. Szczegółowe wyniki tych badań, przedstawione wykreślnie, potwierdzają raz jeszcze fakt niedokrwistości, rozwijającej się już podczas pobytu w ściśnionem powietrzu. Przytem ilość hemoglobiny utrzymuje się cały czas na poziomie blizkim prawidłowego, linia zaś tlenochwytności krwi zaczyna się obniżać wcześniej, niż spadek krzywej krwinek czerwonych. Leukocytozy, spostrzeganej przez mówcę dawniej często po wyjściu zwierzęcia z atmosfery zgęszczonego powietrza, tu pod ciśnieniem wzmożonem — ani razu nie zauważono Badania krwi królików, zmieszanej z płynem Hagena i umieszczonej na 10 dni pod ciśnieniem 2·3 atm., nie wykazały ani hemolizy, ani niszczącego działania ciśnienia na krwinki czerwone, których ilość w przeciągu tego czasu nie uległa zmianie. (Streszczenie własne).

Dyskusya: Dr Stanisław Ostrowski: Podkreślam ciekawy odczyt prelegenta i również ciekawe otrzymane wyniki. Prelegent przeprowadził pracę, którą może tylko ocenić ten, kto wogóle pracował w dziedzinie hematologii. Uważam za bardzo ważny fakt ustaloną przez prelegenta niedokrwistość pod wpływem wzmożonego ciśnienia (nawiasem mówiąc, jestem przeciwny wyrazowi »anemizacya«; takiego wyrazu w piśmiennictwie polskiem nie spotykałem, mamy własne określenie: niedokrwistość). Co się tyczy niedokrwistości, to prelegent, mojem zdaniem, nie uwydatnił nasilenia tej sprawy, a mianowicie tylko we wnioskach prelegent wspomina o anizocytozie, poikilocytozie, których nie napotykał; w odczycie o tem nie było wzmianki. Nie wspomina również prelegent o ciałkach jądrzastych, ewentualnie erytroblastach, które występują, jak to dowiodłem w swoich licznych badaniach nad krwią chorych niemowląt, w stanach niedokrwistości. Co się tyczy leukocytozy, to prelegent nie daje liczbowego przedstawienia tego stanu, nie wspomina dalej o rodzajach ciałek białych, o myeloblastach resp. myelocytach. W sprawie obniżenia tlenochwytnej zdolności uważam również to zjawisko za celowe, znajdując analogię w hyperglobulii i zwiększeniu zawartości Hb pod wpływem zmniejszonego ciśnienia w klimacie górskim, które to zjawisko uważa się za celowe, znamionujące głodzenie tlenowe. Dodać jeszcze muszę, że jako wskazówka uszkodzenia krwi na pierwszym planie stoi przejście do krwi ciałek czerwonych niedojrzałych, resp. jądrzastych; anizocytoza i poikilocytoza odgrywa tutaj podrzędną rolę, a niektórzy hematolodzy zupełnie ją odrzucają, uważając za t. zw. »artefakt«, objaw sztuczny.

Prezes w imieniu Zgromadzenia składa prelegentowi podziękowanie za zajmujący odczyt.

II. Dr Adam Wojnicz: **O wodzie w Łucku (na Wołyniu).** Po przytoczeniu szeregu danych geograficznych co do planu miasta, jego położenia, prelegent zwrócił główną uwagę na to, w jaki sposób miasto zasila się wodą i jaką ma wodę pod względem zdrowotnym. Z odczytu wynika, że jakość wody pod względem chemicznym i bakteryologicznym pozostawia bardzo dużo do życzenia; mieszkańcy przeważnie korzystają z wody rzecznej, która jednak jest bardzo zanieczyszczona, a nawet w niektórych miejscach zabroniono używać tej wody do picia. Prócz wody rzecznej są studnie artezyjskie, bardzo głębokie, ale z zawartością żelaza, przytem studnie te należą do osób prywatnych. Prelegent przytoczył w końcu cenne dane historyczne. Szereg widoków fotograficznych uzupełnił odczyt.

Prezes w imieniu Zgromadzenia składa prelegentowi serdeczne podziękowanie i prosi o powtórzenie historycznej części na jednem z ogólnych posiedzeń.

W części administracyjnej posiedzenia: 1) Podano do wiadomości, iż został wysłany telegram w dniu 50-letniego jubileuszu Towarzystwa farmaceutycznego w Kijowie. 2) Przełożona II. Ochronki zwróciła się do »Związku« z prośbą, czyby »Związek« nie wziął na siebie utrzymania dwóch dziewczynek. Przyjęto do wiadomości i uchwalono wnieść tę sprawę na posiedzeniu Rady. 3) Otrzymano dokument rejentalny w sprawie stypendyum im. Ptaszyckich; wskutek odpowiednich starań ministeryum skarbu zwolniło »Związek« od przynależnego podatku rządowego. 4) Prezes zawiadamia, że rozesłana zostanie nowa lista regestracyjna do wszystkich członków i prosi o jej wypełnienie.

XXIX ogólne naukowo-administracyjne posiedzenie w dniu 17. (30) grudnia 1913 r.

Obecnych osób — członków 14, gości — 15 Przewodniczy prezes Prof. Ziemacki.

Protokół ostatniego posiedzenia przyjęto.

I. Ks. Prof. Stanisław Trzeciak: **Szerzenie się trądu w Rosyi europejskiej w świetle wypadków z ostatnich 3 miesięcy.** Na wstępie przytoczył prelegent szereg historycznych danych, z których wynika, że trąd był znany na 4000 lat przed Chrystusem. Obecnie w Rosyi według urzędowej statystyki jest około 1500 trędowatych, leprologowie zaś utrzymują, że w rzeczywistości liczba ta jest znacznie większa i przypuszczają, że około 12.000; z tej liczby zaledwie 875 przebywa w odpowiednich leprozoryach, reszta zaś pozostaje na wolności. Wśród chorych, nieumieszczonych w zakładach, są praczki, służące, piekarze, dorożkarze i t. d.; wobec blizkiego zetknięcia tych chorych ze zdrowymi, trąd się szerzy Prelegent przytacza 50 nowych przypadków trądu, zapisanych w ostatnich 3 miesiącach. Najwięcej trąd szerzy się w powiecie jamburskim, w gub. pskowskiej, witebskiej; nadto wzdłuż Wołgi, w Rostowie n. D., Baku, Noworosyjsku. W końcu prelegent wzywa gorąco do zorganizowanej walki z szerzeniem się tej strasznej choroby.

Wykładowi towarzyszyły pokazy świetlne.

Dyskusya: a) Prof. Zaleski zapytuje prelegenta, w jaki sposób zebrał dane. — b) Prelegent: Z pism peryodycznych. — c) Doc. Sowiński zaznacza, że wobec tego, iż prelegent zebrał te dane z gazet, przeto trudno wysnuwać jakieś wnioski, albowiem często dzienniki przesadzają, i to, co dziś uważano za trąd, jutro może okazać się czemś innem. Weźmy n. p. jeden z przytoczonych przypadków, a mianowicie prelegent tylko co zaznaczył, że komisya poborowa uznała jeden przypadek za trąd. Jak wiadomo, w komisyach wojskowych takie przypadki kierują do szpitali wojskowych; chorych takich poddają badaniu klinicznemu i dopiero potem zwalniają od wojska. Otóż mowca zapytuje, czy nie wiadomo prelegentowi o losach tego chorego w dalszych instancyach? W innym przypadku, jak wspomina prelegent, kiedy chorego wieziono do leprozoryum, chory wyskoczył z pociągu i znikł. W innym jeszcze przypadku chory zwrócił się do lekarza w małem miasteczku, a ponieważ ten nie mógł określić, co to za choroba, poradził udać się do specyalisty; specyalista odrazu określił, że to trąd i poradził choremu dla pewności zwołać naradę; gdy jednak lekarze udali się na naradę, chory znikł. Otóż już te 3 przypadki odpadają i mogą być zaregestrowane powtórnie. W końcu mówca zapytuje, czy pozornego wzmagania się trądu w Rosyi nie możnaby przypisać udoskonalonej obecnie regestracyi? — d) Prelegent podziela wypowiedziane zdania, jednak podtrzymuje swe zdanie co do szerzenia się trądu w Rosyi. — e) Doc. Władyczko zapytuje prelegenta, czy były w praktyce przypadki syryngomyelii, albowiem w początkowych okresach rozpoznawanie różniczkowe tych dwóch schorzeń jest bardzo trudne. Znieczulenia i rozszczepienia czucia spotyka

się i w syryngomyelii i w trądzie. Prócz tego zapytuje mowca prelegenta, jak często spotykał przypadki podejrzane i gdzie częściej: w Rosyi, czy w Palestynie? — f) Prelegent: Rozpoznawanie trądu guzowatego jest łatwiejsze, aniżeli trądu znieczulającego; w Palestynie częstszy jest trąd guzowaty, a w Rosyi znieczulający. — g) Panna Janina Zaleska zapytuje, czy trąd przechodzi na zwierzęta? — h) Prelegent zaznacza, że podjęto obecnie odpowiednie badania (Kiedrowskij), ale wyników jeszcze nie otrzymano. Wiadomo jednak, iż w niektórych jeziorach na Syberyi spostrzegano trąd u ryb. Przypuszczają, że szczury i pasorzyty ludzkie naskórne roznoszą również chorobę. — i) Doc. Władyczko przeczy, aby morze lub rzeki sprzyjały rozwojowi choroby, albowiem Minch opisał szereg przypadków w bezwodnej środkowej Azyi. — k) Prelegent również zdanie to podziela, bo n. p. wśród Sartów, zamieszkujących daleko od morza i rzek, napotyka się osady trędowatych.

Prezes w imieniu Zgromadzenia składa prelegentowi podziękowanie za odczyt.

II. Prof. Dr Stanisław Zaleski: Sprawozdanie delegacyi »Związku« na jubileusz »Nowin lekarskich«. Przedstawicielem »Związku« na jubileuszu był sam mowca, to też szczegółowo przedstawił słuchaczom obchód jubileuszu. »Nowiny lekarskie« święciły 25 lat swego istnienia wśród ciężkich warunków. Mowca odczytał przemówienie, wygłoszone na jubileuszu w Poznaniu, które brzmi następująco:

»Wielce zasłużona, czci najgodniejsza Redakcyo! W wielkiej, nieco mroźnej i nieco od potężnych ośrodków kultury zachodniej oddalonej stolicy Nadnewiańskiej, zwanej przez poetów »północną Palmirą«, istnieje skromna może, bo niedawno i śród bardzo ciężkich warunków powstała naukowa instytucya polska, która jednak już zdołała zespolić i zogniskować w sobie całą niemal inteligencyę rodzimą licznej, bo z górą czterdziestotysięcznej miejscowej kolonii polskiej, pracującą w zakresie wiedzy przyrodniczo-lekarskiej i technicznej. Jest to zaledwie sześć lat temu do życia powołany »Związek polski lekarzy i przyrodników w Petersburgu«. Dzięki genezie swego powstania i towarzyszącym temu okolicznościom jest on nader czuły, nie mniej, niż inne kulturalno-społeczne i naukowe instytucye polskie, nawet pełniejszą i pojemniejszą oddychające piersią, na wszelkie przejawy samodzielnego wytrysku myśli swojskiej. W Waszem święcie jubileuszowem widzimy właśnie taki wytrysk, który już wytrzymał hart dwudziestopięciolecia i jako taki na szczególne zasługuje upamiętnienie, tem więcej, że nawet w prakolebce jeszcze pogańskiej i w zaranie chrześcijaństwa przechodzącej Polski, jakim jest ten starożytny gród i przyległe mu obszary dawnej Wielkopolski, więcej może ciężko jest Wam działać, niż nam — na obcej glebie. Więc też z tem większem poczuciem zasług Waszych przybyliśmy tu, jako przedstawiciele »Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu«, aby Wam, braciom naszym po wiedzy, dążeniach i ideałach, złożyć hołd wielkiego uznania i życzyć pismu, które Was zrzesza, a dziś jest młodzieńczym jubilatem, aby również skutecznie i coraz to pomyślniej rozwijało się dalej, zbierając zawsze sute plony w szeregu coraz to sędziwszych jubileuszów na chwałę wiedzy, na chlubę narodu i dla dobra ludzkości! Cześć i chwała »Nowinom lekarskim«.

W końcu mówca, scharakteryzowawszy głównych, a niestrudzonych działaczy »Nowin lekarskich«, wnosi zaliczenie w poczet członków honorowych »Związku«: Dr Heliodora Święcickiego, Dr Franciszka Chłapowskiego, Dr Ignacego Zielewicza, Dr Leona Szumana (z Torunia), Prof. Dr Bolesława Wicherkiewicza i redaktora obecnego »Nowin« Dr Stanisława Łazarewicza.

W dyskusyi ks. prof. Trzeciak opisuje ciężkie warunki pracy w Poznaniu, dodając, że to dla nas powinno być szkołą i że mogą temu podołać tylko natury silne, przodujące. — Prezes w imieniu Zgromadzenia składa prelegentowi serdeczne podziękowanie za tak ścisłe i wyczerpujące sprawozdanie.

W części administracyjnej posiedzenia: 1) Prezes prof. Ziemacki po odczytaniu krótkiego życiorysu Dr Alfreda Sokołowskiego podaje do wiadomości, że Rada »Związku« wobec wielkich zasług jubilata, przedstawia dziś wniosek o zaliczenie Dr Sokołowskiego w poczet członków honorowych w myśl § 15. ustawy do ogólnego zatwierdzenia. Dr Alfred Sokołowski został przez jawne głosowanie jednomyślnie obrany członkiem honorowym »Związku«. Uchwalono o wyborze zawiadomić jubilata listownie. 2) Prezes podaje do wiadomości, że prof. Zaleski zwrócił 75 rsb. do zaliczenia na fundusz żelazny, które mu »Związek« wyznaczył na koszta podróży do Poznania na jubileusz »Nowin lekarskich« i składa mu podziękowanie. 3) Wydział przyrodniczy przedstawił do zatwierdzenia wybór sekretarza Wydziału. Przedstawiony p. Alfred Rundo, inżynier, został zatwierdzony przez ogólne zgromadzenie. 4) Członkiem rzeczywistym »Związku« został obrany jednomyślnie inż. górn. Michał Skarbka-Tłuchowski. 5) Uproszono Doc. Władyczkę, by wygłosił przemówienie na cześć Doc. Noiszewskiego z powodu jego 30-letniego jubileuszu, który Wydział lekarski »Związku« ma obchodzić w dniu 17 (30) stycznia 1914 r. Sekretarz: Zdzisław Sowiński.

Ospa w Łodzi w r. 1913.

Zebrał i opracował

Dr St. Skalski.

(Wygłoszone na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego łódzkiego 21. I. 1914).

(Dokończenie).

Najświeższym dowodem traktowania spraw zdrowotnych przez nasze władze miejskie jest obcięcie kosztorysu urządzenia wydziału sanitarnego przy magistracie, opracowanego przez umyślnie w tym celu z polecenia gubernatora zwołaną komisyę. Kosztorys wynosił 40 tysięcy rubli, co dla tak zaniedbanego pod względem zdrowotnym miasta, jak Łódź, nie było zbyt wiele, tymczasem prezydent miasta Łodzi, pan Władysław Pieńkowski, orzekł, że starczy 4 tysiące rubli na ten cel. Nieco dawniej miejscowa Liga przeciwgruźlicza, utrzymywana z ofiarności publicznej, otrzymała odmowną odpowiedź na swe podanie o zapomogę miejską w kwocie 4 tysięcy rubli. Odmowę uzasadniono brakiem funduszów w mieście, nie obciążonem żadnym długiem, posiadającem natomiast przeszło pół miliona rubli funduszów zapasowych o zagadkowem przeznaczeniu.

Sprawa cała obraca się wciąż jeszcze około nieprzywróconej dotąd regestracyi przyczyn zgonów, o co tyle zabiegów czynimy bezskutecznie od lat dwu. Przypominam, że wbrew prawu od 1. I. 1910 w Łodzi niema regestracyi, choć obowiązuje ona wszystkie miasta w Królestwie.

Regestracyi zgonów nie mogą zastąpić rozesłane nam świeżo przez władze miejskie z polecenia inspektora lekarskiego t. zw. karty nozologiczne*), przeznaczone do zawiadamiania kierownika laboratoryum miejskiego o każdym przypadku choroby zakaźnej, który w praktyce spotkać nam się zdarzy.

Przypomnę, że w roku zeszłym Towarzystwo nasze uczyniło krok podobny: rozesłane nam obecnie karty są więc naśladownictwem. Wydrukowane przez nas karty były dwojakie — jedne, wykonane pismem czerwonem, przeznaczone były do zawiadamiania lekarzy obwodowych o przypadkach ospy, drugie, czarno drukowane, o innych chorobach zakaźnych. Przypomnę też, że z polecenia Towarzystwa naszego udało mi się wyjednać zgodę

*) Od kilku tygodni lekarze łódzcy nie mogą wysyłać zawiadomień, gdyż kart owych zabrakło w magistracie i niema komu zająć się wydrukowaniem nowych. (Dopisek w korekcie 13. IV. 1914).

poczty, by karty owe można było przesyłać za opłatą jednej kopiejki. Różnica między dawnemi i nowemi kartkami polega na języku, nasze były drukowane w języku polskim, obecne — po rosyjsku, na kosztach przesyłki, które nie mogły obciążać zbytnio nikogo z nas, wreszcie na formacie, nasze były mniejsze i dogodniejsze do noszenia przy sobie, gdy obecne ze względu na swą wielkość są niedogodne, a ze względu na mnóstwo szczegółów niekoniecznych, trudniejsze do wypełnienia.

Nasze karty dziś należą już do przeszłości. Nie uważaliśmy za potrzebne stosować się z własnej woli do wymagań ustawy lekarskiej, obecnie musimy to czynić pod groźbą odpowiedzialności.

Co stwierdziwszy, powiem słów parę o wartości nowych urzędowych kart.

Redagował je inspektor lekarski gubernii piotrkowskiej, tłoczyła drukarnia rządu gubernialnego piotrkowskiego. Nie wiemy, kto robił korektę, stwierdzić musimy braki w redakcyi, błędy w korekcie.

Choroby podzielono na trzy grupy bez żadnej określonej zasady. Pierwsza — obejmuje dur wysypkowy, brzuszny, powrotny, druga — ospę, ospę wietrzną, kur, odrę, krztusiec, płonicę, dławiec, błonicę, trzecia wreszcie czerwonkę, ostry nieżyt żołądka i jelit, wąglik, nagminne zapalenie ślinianek (świnkę), cholerę. Nazwy chorób wydrukowano po łacinie.

Zdawałoby się, że daleko praktyczniej dla nas, którzy mamy wypełniać owe kartki, byłoby ułożyć choroby w porządku alfabetycznym, ułatwiłoby to również pracę biura statystycznego, względnie kol. Bogusławskiego. W każdym jednak razie na liście owej nie powinno brakować gruźlicy płuc, zapalenia płuc, grypy, tężca, nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, gorączki połogowej, róży.

Sądzę, że są to tak poważne braki, iż dają nam one prawo zwrócić się o wydrukowanie nowych kart bez błędów ortograficznych, może uproszczonych co do szczegółów, a w każdym razie dopełnionych powyżej wymienionemi postaciami chorobowemi.

Po tych odstąpieniach od właściwego tematu, które jednak dość ściśle się z nim wiążą, przechodzę do omówienia śmiertelności w Łodzi w r. 1913.

Naogół biorąc, jest ona niższa od śmiertelności z lat poprzednich: w r. 1911 zmarło 13.681 osób, w 1912 — 12.814, w roku 1913 — 11.980.

Na zmniejszenie się śmiertelności wpłynął brak jakiejś poważniejszej epidemii, gdy bowiem w r. 1911 ospa zabrała 1308 ofiar, w 1912 ospa 587, a czerwonka bardzo dużo — ile, niewiadomo —, w roku 1913 dopiero ku jesieni poczęła się szerzyć płonica, zresztą mniej złośliwa, niż innych lat, czerwonka, panująca podczas lata, także nie sprawiła wielkich spustoszeń, a natężenie ospy również dopiero jesienią wzmagać się zaczęło.

Ludność, zamieszkująca miasto nasze, na ogólną cyfrę zgonów składała się w sposób następujący:

	lata 1911	1912	1913
katolicy	8907	8075	7413
żydzi	2913	2952	2817
ewangielicy	1696	1635	1588
prawosławni	165	152	162

Przytoczę jeszcze zestawienie liczby zgonów z ostatnich lat dwu dla trzech głównych grup narodowościowych, czy raczej wyznaniowych z podziałem według wieku.

Zmarło	W roku 1912		W roku 1913	
	powyżej lat 14	poniżej lat 14	powyżej lat 14	poniżej lat 14
katolików	2741	5334	2638	4775
żydów	977	1975	863	1954
ewangielików	774	861	708	880
Ogółem	4492	8170	4209	7709
W odsetkach ogólnej liczby zgonów tych trzech grup	37·49	62·51	35.13	64·80

Jak widzimy, w r. 1913 śmiertelność dorosłych uległa zmniejszeniu się, wzrosła śmiertelność dzieci.

Dwuletnie zaledwie owe zestawienia w połączeniu z brakiem danych co do składu ludności Łodzi pod względem wieku nie dają nam podstaw do snucia jakichkolwiek wniosków, zapisujemy je tylko, jak zapisujemy również spostrzeżenie, w kancelaryach parafialnych dokonane, według którego w roku 1913 zmalała nietylko śmiertelność, ale uległy również zmniejszeniu się liczba urodzeń oraz ślubów. Niezmiernie ciekawy fakt zmniejszenia się liczby urodzeń możnaby sobie tłómaczyć zwiększoną ilością poronień sztucznych, praktykowanych w Łodzi na szeroką skalę, a zmniejszenie liczby ślubów może biedą zeszłoroczną, a może wzrostem liczby związków nieślubnych, co zresztą jest mało prawdopodobne, wobec znacznego zwiększenia się liczby ślubów po nowym roku 1914.

Przechodzę do śmiertelności wskutek ospy i stwierdzam z zadowoleniem, że maleje ona corocznie. Z 1308 zgonów ospowych w r. 1907, roku epidemii, spadła na 587 w r. 1912, a na 210 w r. ubiegłym. Zniżka jest pokaźna, wolno wątpić, czy będzie stała. Lubo gdzieindziej wszczętoby gwałt, gdyby tyle wynosiła rocznie śmiertelność ospowa w państwie całem, my i z tego cieszyć się jesteśmy gotowi, a znajdą się może ludzie, którzy sobie będą przypisywać jakieś zasługi, gdy sprawa cała zależy zapewne od tego, że jesteśmy w okresie osłabienia zarazka, który to okres, wynoszący od kilku miesięcy do kilku lat, lada chwila skończyć się może.

Z pośród katolików (262.539) ospa zabrała 181 osób,
z pośród ewangielików (67.912) — 18 osób,
z pośród żydów (166.028) — 7 osób,
z pośród prawosławnych (6.033) — 4 osoby.

Według wieku umarło na ospę:

	do lat 14	powyżej lat 14
katolików	172	9
ewangielików	17	1
żydów	5	2
prawosławnych	4	0
	198	12

Według płci: męskiej — 103 osoby, żeńskiej — 107.

Liczba ogólna zgonów i liczba zgonów ospowych dzieli się według miesięcy w sposób następujący:

	zmarło ogółem	zmarło na ospę	leczyło się w szpitalu dla zakaźnych	zmarło w szpitalu chorych na ospę	odkażań po ospie dokonano
w styczniu	927	21	22 *)	4	3
» lutym	709	12	5	—	—
» marcu	832	13	9	—	3
» kwietniu	756	7	2	—	2
» maju	772	8	7	2	1
» czerwcu	1104	23	6	1	2
» lipcu	1174	13	3	—	3
» sierpniu	1301	13	4	2	2
» wrześniu	1248	16	7	1	3
» październ.	1147	26	17	3	4
» listopadzie	1004	27	9	1	1
» grudniu	1006	31	10	3	4
Ogółem	11980	210	101	17	28

Widzimy, że miesiące wiosenne i letnie dają, wogóle biorąc, mniejszą ilość zgonów ospowych, względnie zachorowań, choć co do tego twierdzenia brak nam poważniejszych podstaw cyfrowych ze stosunków łódzkich, natomiast

*) Jedenastu chorych pozostało z r. 1912. Dane co do ruchu chorych ospowych w szpitalu dla zakaźnych uzyskałem od kol. Trenknera, co do ilości odkażań od kol. Bogusławskiego.

możemy się powołać na powagę Dra Kelscha, który pisze: »Sans doute, elle (la variole) est de toutes les saisons comme elle est de tous les âges, car aucun obstacle n'arrête la contagion. Mais partout les recrudescences coïncident avec les mois froids de l'année«. Przytoczywszy dane, zaczerpnięte z dzieł Rhazesa (Arabia), Prunera (Egipt), Riglera (Konstantynopol), Rendu (Brazylia), Morache i Lagarde (Chiny), oraz z dzieł lekarzy angielskich co do Indyi, autor pisze dalej: »Dans nos climats tempérés, la variole affecte très nettement les allures d'une maladie hivernale. A l'époque où elle regnait encore dans l'armée, les salles qui lui étaient réservées restaient toujours fermées en été; sur un tracé que nous avous sous les yeux et qui représente son evolutions en France et en Algérie pendant une période de 8 ans, nons voyous constamment les recrudescences annuelles se produire pendant la saison froide. Sur 99 épidémies réunis par Hirsch, et ayant en pour théâtre l'Europe et le nord de l'Amérique, 67 ont eu leur apogée dans la saison froide et 32 seulement en été«.

Ospa wybierała w Łodzi swe ofiary przeważnie z pośród dzieci, rzecz naturalna nieszczepionych. Jest to fakt, na który musimy położyć największy nacisk, świadczy on bowiem o niedbalstwie czy raczej braku uświadomienia ludności co do skuteczności szczepienia ospy, oraz o lekceważeniu swych obowiązków ze strony władz miejskich, które widząc od lat szeregu te wymowne cyfry zgonów ospowych, o których świadczą choćby cyfry, zebrane przez kol. Trenknera o liczbie chorych na ospę leczonych w szpitalu dla zakaźnych od roku 1908, poprzedzonym przez epidemię ospową w r. 1907, nie uczyniły dotąd nic, aby szerzeniu się ospy przeciwdziałać.

Lata	Leczono chorych na ospę w szpitalu dla zakaźnych	Odsetek śmiertelności chorych ospowych leczony w szpitalu dla zakaźnych wynosił
1907	epidemia ospy	
1908	207	17%
1909	108	19%
1910	154	17%
1911	341	20%
1912	146	20%
1913	101	17%

Władze te pozwoliły, by rokrocznie marli setkami, a nawet dziesiątkami setek mieszkańcy miasta, dlatego tylko, że władze nie umiały, czy też nie chciały przystosować się do udzielonych im przez Towarzystwo nasze rad i wskazówek, zwalczenie ospy na celu mających.

Toż przecież dotąd nie odniosły skutku postulaty nasze z roku 1912, które tu pozwolę sobie przypomnieć w krótkości.

1) Przestrzeganie przepisu o szczepieniu ospy noworodkom z 4. IX. 1811.

2) Urządzenie stacyi miejskich szczepienia ospy.

3) Szeroka propaganda potrzeby szczepienia zapomocą odezw, ogłoszeń, ambony, katedry.

4) Zarządzenie szczepień w fabrykach z polecenia inspekcyi fabrycznej.

5) Nadzór nad przedmieściami ze strony zarządu miejskiego.

6) Szczepienie ospy rodzinom stróżów i służbie domowej.

7) Przymusowe szczepienie mieszkańców domu, gdzie się zdarzył przypadek ospy.

8) Zwiększenie liczby łóżek dla ospowych w szpitalu dla zakaźnych.

9) Przymusowe bezpłatne odkażanie mieszkań po ospie.

10) Zwiększenie liczby łóżek dla ospowych w projektowanym szpitalu dla zakaźnych.

11) Urządzenie domu izolacyjnego.

12) Nakazanie gospodarzom i rządcom, by zawiadamiali policyę o każdym przypadku ospy.

13) Zawiadamianie lekarzy miejskich o chorobach zakaźnych przez lekarzy.

14) Przywrócenie regestracyi zgonów.

15) Założenie instytutu szczepienia ospy w Łodzi.

16) Utworzenie stanowisk lekarzy szkolnych przy szkołach początkowych miejskich.

17) Utworzenie stanowisk lekarzy sanitarnych.

18) Szczepienie ospy dzieciom wysyłanym na kolonie letnie.

19) Rozesłanie odezw do kierowników szkół, by wymagali świadectw o dokonanej rewakcynacyi.

O zadziwiającem niebalstwie ze strony władz miejskich świadczy nikła ilość szczepień ochronnych, wykonanych w roku 1913, obok braku jakichkolwiek usiłowań, mających na celu powiększenie ich liczby. W roku 1912 dokonano przeszło 20 tysięcy szczepień, w roku 1913 ilość ich dosięgła zaledwie połowy tej liczby.

Obwody (cyrkuły) policyjne po dawnemu są miejscem dokonywania szczepień, jakkolwiek każdemu rzuca się w oczy cała niewłaściwość dokonywania jakiegokolwiek zabiegu w lokalu, przez który w ciągu dnia przewijają się setki interesantów, obok zrozumiałej dla każdego, prócz zarządu miejskiego, konieczności urządzenia szeregu stacyi miejskich szczepienia ospy w jaknajwiększej liczbie, rozrzuconych po mieście, o których użyteczności przekonał się lub dał się snać przekonać magistrat stolicy kraju, skoro, jak to czytamy w pismach warszawskich z 12. XII. 1913, »oprócz istniejących stacyi miejskich do szczepienia ospy, magistrat m. Warszawy uchwalił otworzyć na wiosnę roku przyszłego dwie stacye podmiejskie: w Mokotowie oraz na Czystem przy szpitalu starozakonnych. Uchwalono również prowadzić w dalszym ciągu regestracyę szczepienia ospy dzieciom«.

U nas w Łodzi magistrat zdobył się jedynie na to, by przy założonem w lipcu roku 1913 ambulatoryum miejskiem na Bałutach, w punkcie bardzo dobrze wybranym, szczepiono ospę, jest to jednak bezwzględnie zbyt mało, wobec tego, że Bałuty (par. katolicka N. Maryi Panny) są głównem ogniskiem szerzenia się zarazy ospowej oddawna i stale. Dowodzą tego niezbicie cyfry. Śmiertelność wskutek ospy dała na Bałutach w r. 1911 — 570 zgonów, czyli 49,74%, ogółem bowiem było 1146 zgonów ospowych wśród katolików w Łodzi. W roku 1912 z 491 zgonów— na Bałuty przypada 129 czyli 26,29%, wreszcie w roku 1913 ospa zabiera na Bałutach 100 ofiar z pośród 181 zmarłych na ospę katolików, co daje w odsetkach 55.25%. W obliczeniu tem uwzględniłem tylko katolików. gdy jednak przeglądam adresy zmarłych na ospę w roku 1913 osób wyznania ewangielickiego i mojżeszowego, przekonywam się, że doliczyć trzeba 5 ewangielików i 3 żydów z pośród mieszkańców Bałut zmarłych na ospę. Innymi słowy przeszło połowa zgonów ospowych przypada na Bałuty, będące, wogóle biorąc, źródłem wszelkich chorób zakaźnych dla Łodzi całej.

W szpitalu dla zakaźnych, jedynym szpitalu miejskim w Łodzi, leczono w r. 1913 — 101 chorych na ospę, jak mi łaskawie doniósł kol. Trenkner. W liczbie tej było 26 mężczyzn, 34 kobiet, 41 dzieci, a według wyznań — katolików 66, ewangielików 8, żydów 27. Mężczyzn umarło 5 — odsetek śmiertelności 19,23%, kobiet umarło 7 — odsetek śmiertelności 11,76%, dzieci umarło 8 — odsetek śmiertelności sięgnął 19,51%.

Na podstawie powyższych danych możemy wyliczyć, że liczba zapadnięć na ospę w r. 1913 wyniosła wśród dzieci 1015 (zgonów było 197), wśród mężczyzn 26 (zgonów było 5), wśród kobiet 60 (zgonów było 7), ogółem około 1100 zachorowań.

Gdyby każdy przypadek choroby zakaźnej, a w szczególności ospy, był należycie stwierdzony, gdyby mieszkanie każdego chorego na ospę było odkażone, izba odkażająca musiałaby być czynna w roku ubiegłym przeszło 1000 razy przy ospie, tymczasem dokonano w przypadkach ospy 28 (dwadzieścia osiem) odkażań, które niepodzielnie przypadają na rzecz Izby odkażającej miejskiej, w obrębie bowiem

Widzewa nie było ani jednego przypadku ospy dzięki gromadnym szczepieniom, dokonanym w r. 1912 w liczbie przeszło trzech tysięcy, wobec czego służba zdrowia tamtejszych zakładów przemysłowych nie dokonała po ospie ani jednego odkażania.

Dodatni wynik szczepień w Widzewie potwierdza po raz niewiadomo który skuteczność szczepień w walce z ospą, nastręcza się więc pytanie, jak z broni tej korzystano w Łodzi.

Ze smutkiem stwierdzić należy, że całkiem nieodpowiednio do tej skuteczności.

W ambulatoryum miejskiem na Bałutach, ulokowanem w ognisku zarazy, które zresztą zaczęło być czynne dopiero I. VII. 1913, zaszczepiono ospę (informacya otrzymana od kol. Sznitkinda) . . . . 359 osobom

Z polecenia Urzędu wójta gminy Radogoszcz na terytoryum Bałut zaszczepiono ospę	1800	»
W kancelaryi I. obwodu policyjnego zaszczepiono ospę	2344	»
W kancelaryi II. obwodu policyjnego zaszczepiono ospę	768	»
W kancelaryi III. obwodu policyjnego zaszczepiono ospę	928	»
W kancelaryi IV. obwodu policyjnego zaszczepiono ospę	1179	»
W kancelaryi V. obwodu policyjnego zaszczepiono ospę	882	»
W kancelaryi VI. obwodu policyjnego zaszczepiono ospę	1156	»
Ogółem dokonano zaledwie . . .	9416	szczepień,

że tak powiem, urzędowych.

W ambulatoryum przy szpitalu Poznańskich dokonano (zakomunikowane przez kol. Rosenthala)	68	szczepień
W ambulatoryum przy szpitalu Anny Maryi dla dzieci (kol. Mogilnicki).	460	»
W ambulatoryum bezpłatnem przy Chrześcijańskiem Tow. dobroczynności (zawiadomienie nadesłane przez kol. Kolińskiego)	204	»
W ambulatoryach zakładów przemysłowych Manufaktury bawełnianej widzewskiej, dawniej Heinzel i Kunitzer	636	»
Dzieciom, wysyłanym na kolonie letnie żydowskie (zawiadomienie otrzymane od kol. Maszlanki) zaszczepiono ospę .	341	»
Ogółem	1709	szczepień

W sumie otrzymujemy 11125 szczepień, wykonanych w roku ubiegłym, gdy, jakeśmy to zaznaczyli w zeszłorocznem sprawozdaniu, dopiero jakaś $^1/_4$ miliona szczepień, w jednym roku w Łodzi dokonana, mogłaby wyplenić ospę w Łodzi na czas pewien, pod warunkiem corocznego dokonywania możliwie licznych szczepień po raz pierwszy niemowlętom i ponawiania ich dzieciom starszym.

Dodać należy, że nikt nie wie, ile z owych 11 tysięcy szczepień dało wynik dodatni, nikt wyniku owego nie sprawdzał, jakkolwiek przypadły one w udziale przeważnie dzieciom, których corocznie na świat przychodzi w mieście naszem przeszło 30 tysięcy.

Wśród dzieci żydowskich, wysyłanych na kolonie, były takie, którym zaszczepiono ospę po raz piąty z wynikiem dodatnim. Wogóle biorąc, otrzymano 35 % wyników dodatnich wśród owych dzieci. Cóżby było, gdybyśmy tak spróbowali dokonać szczepień gromadnych wśród ogółu dorosłych mieszkańców Łodzi. Za $^1/_8$ wyników dodatnich ręczyć prawie można.

Z pośród 210 zmarłych na ospę było 198 dzieci.

Według płci: 103-płci męskiej, 107 żeńskiej. O wieku zmarłych na ospę pozwala sądzić niniejsza tablica.

płci męskiej	wiek dzieci	płci żeńskiej
	do miesięcy	
—	1	4
1	2	1
1	3	2
1	4	2
3	5	2
4	6	4
1	7	1
3	8	7
9	9	1
1	10	—
2	11	6
9	12	14
	do lat	
27	2	21
12	3	13
9	4	7
5	5	4
4	6	2
1	7	4
2	8	1
—	9	3
1	11	—
2	13	—
—	14	1
1	16	1
1	17	—
—	18	1
1	19	—
1	20	—
1	21	—
—	23	1
—	24	1
—	27	1
—	45	1

Jak widzimy, najwięcej zgonów ospowych przypada na dziatwę do lat 8—9, powyżej tego wieku stwierdzić możemy już tylko pojedyncze przypadki aż do lat 45 włącznie, najbardziej jednak straszna ta choroba znęcała się nad niemowlętami do roku lub nieco wyżej, które, rzecz naturalna, nie miały szczepionej ospy.

Dzieci w okresie lat 7—10 muszą mieć przed wstąpieniem do szkoły zaszczepioną ospę, dzięki czemu śmiertelność wśród nich maleje.

Godną uwagi jest następująca tabliczka, odzwierciedlająca, z pośród jakich grup społecznych ospa zabiera swe ofiary.

Na ospę umarło:

Dzieci robotników	131
» tkaczy	16
» stróżów domowych	4
» woźniców	3
» mularzy	7
» wyrobnika	1
» policyantów	2
» blacharza	1
» koszykarza	1
» inkasenta	1
» rządcy domu	1
» ślusarzy	3
» stolarzy	4
» pończosznika	1
» sługi	1
» zduna	1
» szewców	2
» malarza	1
» majstra	1
» handlujących	3
» nieprawych	5
Żona tkacza	1
Rzeźnik	1
Służąca	1
Robotników	2
Robotnice	2

Jeszcze raz stwierdzić należy konieczność udostępnienia i spopularyzowania potrzeby szczepienia ospy wśród

szerokich gromad ludności naszego miasta zapomocą wszelkich dostępnych środków, więc nawoływań z ambony, drogą odezw, doręczanych w parafiach rodzicom przy chrzcie, lub nawet drogą brania, wzorem Warszawy, od ojca deklaracyi, że w pewnym terminie dostarczy dziecię na stacyę szczepienia ospy, dalej zapomocą nawoływań i artykułów w pismach miejscowych, odezw rozdawanych w ambulatoryach szpitalnych, fabrycznych i dobroczynnych, drogą odczytów popularnych, wreszcie za pośrednictwem położnych, którym należałoby przedstawić w odezwie, do każdej z nich skierowanej, całą ważność szczepienia, by ona ze swej strony przekonać mogła rodziców o potrzebie i znaczeniu tego zabiegu *).

Do czasu należałoby czynić ustępstwo i natężyć całą energię, by dokonać jak najwięcej szczepień w maju, szerokie bowiem gromady ludności Królestwa polskiego, zarówno po wsiach, jak po miastach, największą ufność żywią do szczepień ospowych, dokonanych w maju.

O skuteczności szczepień w walce z ospą najbardziej przekonujący argument, to stałe zmniejszanie się śmiertelności wskutek ospy wśród żydów i ewangielików w Łodzi, a powolny spadek wśród katolików.

Pierwsi i drudzy posiłkują się tym środkiem w bardzo dużym stopniu, gdy katolicy stosunkowo mało.

Długa jest lista ulic Łodzi i przedmieść, na których zdarzyły się przypadki ospy w roku zeszłym, obejmuje ona bowiem aż 93 nazw. Na liście tej nie spotykamy wcale ulic, leżących w śródmieściu i zamieszkanych przez ludność zamożniejszą, która ucieka się do szczepień ochronnych, by zabezpieczyć przed ospą siebie i swoich, kresowe natomiast dzielnice, zamieszkane przez klasę pracującą, przez ludność uboższą, figurują na owej liście po razy kilka lub nawet kilkanaście: ul. Marysińska, Brzezińska, Zgierska — po razy 6, Krucza 5, Łagiewnicka 10, Jasna 4, Jakóba 3, Częstochowska 9, Rokicińska 13, z czego jedenaście zgonów zdarzyło się w jednym i tym samym domu, a trzy w tejsamej rodzinie.

Trafiają się zgony ospowe w tym samym domu, idące całemi seryami: umiera rodzeństwo, mrą dzieci sąsiadów; trafiają się zgony w domach o numerach kolejnych, co przekonywa o przenoszeniu się zarazy i, co gorsza, o niedokonywaniu odkażania, o czem świadczy istna epidemia w posiadłości, opatrzonej aż trzema numerami 5, 7, 9 przy ulicy Rokicińskiej, obok szpitala Anny Maryi dla dzieci. Jest to olbrzymia posiadłość o wielu domach murowanych i drewnianych, zamieszkana przez 3—4 tysięcy osób, która, nawiasem mówiąc, zasługiwałaby na gruntowne i szczegółowe zbadanie przez komisyę sanitarną miejską. Dowiaduję się od kol. Łuczyckiego, że badanie takie rozpoczęło się 27. I. 1914, pobudką była nasza praca.

D. 16. września umiera w jednem z mieszkań w tej posiadłości dziecko, mające lat 5 miesięcy 7, 19. października umiera w innem mieszkaniu 16-miesięczne dziecko, 24. X umierają dzieci 5-miesięczne i 8 letnie, tych samych co pierwsze rodziców, oraz 8-miesięczne sąsiadów, 25. X — dwuletnie dziecko innych sąsiadów, 27. X — 16-miesięczne dziecko innych jeszcze rodziców, 31. X — siedmioletnie dziecko znów w innem mieszkaniu, poczem nastaje przerwa do 12. XI, kiedy umiera dwoje dzieci o innych od poprzednich nazwiskach, siedmioletnie i 21-miesięczne, 15. XI — umiera znów 5-letnie dziecko, wreszcie 20. XI jeszcze jedno $1^1/_2$-roczne. W ciągu więc miesiąca w obrębie tej samej posiadłości umarło 11 dzieci w wieku od 5 miesięcy do 8 lat, a myśmy o tem bodaj nie wiedzieli, bardzo jest też rzeczą wątpliwą, czy choć jedno z 5 (!) odkażeń, wykonanych przez Izbę odkażającą miejską w ciągu października i listopada roku zeszłego, przypadło na tę zakażoną posiadłość. O poddaniu szczepieniu ochronnemu wszystkich mieszkańców owej posiadłości pewnie nikt nie pomyślał, choć jest to środek, zalecony przez wszystkie powagi, że wymienię tylko Dr Kelscha, dyrektora Instytutu szczepienia ospy w Paryżu.

Jeszcze jedna uwaga co do odkażania mieszkań.

Ludność mniej oświecona boi się odkażania, jest bowiem przekonana, że pod jego wpływem rzeczy ulegają zniszczeniu. Mylny ten pogląd należałoby tępić i przeciwnie przekonywać każdego o dobroczynnych skutkach odkażania. Jednocześnie też należy stwierdzić nie po raz pierwszy, a oby po raz ostatni, że niepodobna doprowadzić do tego, by odkażanie dawało wyniki pożądane, póki w mieście, liczącem $^1/_2$ miliona, w znacznej części ubogiej ludności, nie staną domy izolacyjne dla rodzin chorych dotkniętych jakąś chorobą zakaźną. Rodzina chorego musi znaleść przytułek w takim domu izolacyjnym bądź na kilka godzin, potrzebnych do odkażania mieszkania autanem, bądź na całą dobę przy stosowaniu zwykłego odkażania formalinowego, ale przytułek taki stanąć wreszcie musi, gdyż obecnie idzie się do sąsiada, zabrawszy ze sobą co tylko można z zakażonego mieszkania, i przenosi się w ten sposób zarazę. Domy ilozacyjne, jak to stwierdzili inni koledzy, a przedewszystkiem i najwymowniej kierownik laboratoryum miejskiego w Łodzi, kol. Bogusławski, to zasadnicza potrzeba naszego miasta, bez uczynienia której zadość ciężko będzie zrobić choćby krok jeden w walce z chorobami zakaźnemi.

Sądzę też, iż należałoby przypomnieć odnośnym organom, że ustawa lekarska z ogólnej zasady chowania zwłok po upływie dni trzech czyniąc wyjątek dla wszystkich wypadków chorób zakaźnych, pozwala na grzebanie możliwie szybkie. Wobec nieistnienia u nas domów przedpogrzebowych na cmentarzach, oraz faktu, stwierdzonego nietylko na gruncie łódzkim, że wszystkie choroby zakaźne najbardziej szerzą się wród klas niezamożnych, gdzie zwłoki z konieczności rzeczy leżą w tej samej izbie, w której śpią i jedzą zdrowi, oraz wobec odwiedzania zwłok zarówno przez dorosłych, jak przez dzieci, grzebanie jaknajszybsze zwłok osób zmarłych na choroby zakaźne powinno być zalecane, a nawet wprost nakazywane.

Pragnąc, by znaczna liczba postulatów nie zraziła do uchwał naszych władz, tych czy innych, proponuję, byśmy wszelkimi dostępnymi dla nas środkami żądali i walczyli o przywrócenie regestracyi przyczyn zgonów, nieprawnie zniesionej w Łodzi w r. 1909, o utworzenie stacyi szczepienia krowianki w jaknajwiększej liczbie poza obrębem cyrkułów, o wzniesienie domów izolacyjnych, o przyspieszenie budowy szpitala miejskiego dla chorych zakaźnych, oraz byśmy sprawę całą popierali gorąco w kołach naszych pacyentów, wreszcie, by Towarzystwo nasze opracowało i ro-

*) Odezwy do położnych zostały już rozesłane.

Naturalna
Szczawa Bilińska
Najobfitsza alkaliczna
(sód-lit) szczawa
Czech.
143

zesłało odezwę o znaczeniu szczepienia ospy do wszystkich położnych w Łodzi.

List do Redakcyi »Przeglądu lekarskiego«.

Dr Stanisław Droba zginął zaszczytną śmiercią, jako ofiara swego zawodu.

Doc. Dr Roman Nitsch pięknie się wyraził we wspomnieniu pośmiertnem o ś. p. Drobie, że był to człowiek, który spełnił swój obowiązek. Jest to największa pochwała, na jaką sobie zasłużyć możemy.

S. p. Droba pozostawia po sobie szczery żal, lecz zarazem i wdzięczne wspomnienie za ofiarne spełnienie obowiązków lekarza. Sądzę, że powinniśmy dać jakiś trwały znak, choćby bardzo skromny, tej naszej wdzięczności dla Jego pamięci.

Może koledzy uznają, że należałoby ze składek położyć kamień lub wmurować tablicę w kościele św. Anny lub św. Łazarza ze stosownym napisem ku pamięci ś. p. Stanisława Droby.

W tej nadziei składam na ręce Szanownej Redakcyi 25 koron.

Kraków 19. IV. 1914. W.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia 22. IV. 1914 posiedzenie, na którem prym. Borzęcki, Dr Bujak, Dadej, Prof. Lewkowicz i Ciechanowski przedstawiali chorych i preparaty, poczem doc. Dr Nitsch miał wykład o nosaciznie. W dyskusyach przemawiali prof. Barącz ze Lwowa, Ciechanowski, Krzyształowicz, Lewkowicz, Reiss, Dr Buzdygan, prym. Borzęcki, Dr Mayer i Rogalski.

W najbliższą środę, 29. IV. 1914, posiedzenie Towarzystwa nie odbędzie się z powodu Zjazdu balneologów polskich.

— Zawodowe (egzaminowane) dozorczynie chorych, wykształcone w krakowskiej »Szkole zawodowych pielęgniarek«, angażować można przez biuro pośrednictwa, założone w tym celu przy Szkole (ul. św. Filipa l. 15, telef. 3367).

— Dyplom doktorski uzyskał p. Władysław Niwiński z Warszawy.

— Biblioteka Tow. lek. krakowskiego otrzymała już bibliotekę, pozostawioną testamentem przez ś. p. Dr Kalisza z Tarnowa, a złożoną ze 120 tomów. Bibliotekarz: Dr Blassberg.

— Z »Krajowego Związku zdrojowisk i uzdrowisk« otrzymujemy następujące zawiadomienie: »Donosząc Szanownej Redakcyi, iż czasopismo »Nasze Zdroje« przestało z przyczyn od Zarządu Związku zdrojowisk niezależnych być organem Związku, mamy zaszczyt równocześnie zawiadomić, iż oficyalnym organem Kraj. Związku zdrojowisk i uzdrowisk jest obecnie czasopismo, które pod tytułem »Zdrojownictwo i turystyka« ukazywać się będzie nadal w sposób analogiczny, jak dotąd wychodziły »Nasze Zdroje«.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 5. IV. do 18. IV. 1914 zgłoszono przypadków: błonicy 5 † — (obcych 6 † 1), krztuśca 4 † 2 (— † —), ospy wietrznej 3, płonicy 20 † 4 (4 † 2), odry 3 † 1, duru brzusznego 2 † — (— † —), róży 3 † — (— † —), zapalenia opon mózgowych — (1), wąglika — (— † 1), nosacizny — † 1 (— † 1).

Dr Janiszewski.

Lublin. Z powodu 40-lecia założenia Towarzystwa lekarskiego lubelskiego odbędzie się uroczyste jego posiedzenie 30 maja b. r., w przeddzień II Zjazdu lekarzy prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 6. IV. do 20. IV. 1914 przypadków: ospy 4 † 2, płonicy 3 † 1, róży — † —. Dr Trenkner.

Zmarli: Dr D. Zajkowski w Wilnie w 46 r. ż.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

HUNYADI JÁNOS
GORZKA WODA NATURALNA
NAJLEPSZY ŚRODEK CZYSZCZĄCY
ZWRACAĆ UWAGĘ NA FIRMĘ ANDREAS SAXLEHNER NA KAŻDEJ ETYKIECIE

Karlsbad Dr med. ADAM MACIĄG
b. asystent c. k. kliniki chorób wewn. Uniw. Jagiel.
ordynuje jak lat ubiegłych
Dom »KRONENAPOTHEKE« (przy Mühlbrunie).

Syrup Valeriano-Bromatus, comp. „Jahr“
smaczny i lekkostrawny. 215 h
Najlepszy sposób podania soli bromowych, waleryanowych, fosforowych i wyciągu z orzechów Kola w postaci syrupu.
Przykry smak waleryany w zupełności pokryty.
Wskazania: przy nerwowości, osłabieniu, neurastenii, histeryi, padaczce, pląsawicy, zamroczeniach epileptycznych.
Dawkowanie: Dorosłym 1—3 łyżeczek dziennie po jedzeniu z wodą lub mlekiem. — Dzieciom poniżej 10 lat pół dawki.
Cena: ¼ flaszka Kor. 3·80. ½ flaszki Kor. 2.
Rp. Syrup Valeriano Bromat. comp. „Jahr“ lag. orig
Wyrób i główny skład
w Aptece FORTUNATA GRALEWSKIEGO w Krakowie ul. Szczepańska l. 1.
Składy prawie we wszystkich aptekach.

MATTONI'EGO SÓL MUŁOWA

z leczniczego mułu - Soos pod Francensbadem. :: Naturalne zastępstwo kąpieli mułowych w domu. Zastosowanie podług przepisu lekarskiego. Żądać zawsze MATTONI'EGO SOLI MUŁOWEJ. 6

Solanki LUHACZOWICE na Morawach
Frekwencya gości w r. 1913 ogółem 15.000 osób.
Najbogatsze w Austro Węgrzech źródła szczawy alkaliczno-solankowej. Kąpiele kwasu węglowego, solankowe, siarczane i błotne. Zakład hydropatyczny z wszystkimi rodzajami kąpieli elektrycznych, kąpiele tlenowe. Wziewalnie, sala pneumatyczna i do przepłukiwania gardła. Kąpiele słoneczne i powietrzne, pływalnie. 131
Luhaczowickie wody mineralne i solanki leczą: reumatyzm, otyłość, cukrzycę, kamienie żółciowe, choroby sercowe, katary płuc, żołądka i kiszek, choroby kobiece, zołzy (skrofuły), chroniczne wypryski, cierpienia nerwowe i t. d.
Wyczerpujące prospekty przesyła:
Zarząd kąpielowy w Luhaczowicach, Morawy.

Szczawa Krondorfska uznana za najlepszą i naturalną.
Najlepsze skutki w nieżytach żołądka i pęcherza, jakoteż dróg oddechowych. 206
Prospekty rozsyła na żądanie Brunnen-Unternehmung Krondorf bei Karlsbad lub też Generalna reprezentacya dla Galicyi i Bukowiny. Kraków. Grodzka 48. Lwów, Sykstuska 31.

Rok LIII. Kraków, dnia 2. maja 1914. Nr 18.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Moczówka prosta w świetle najnowszych badań

podał

Zygmunt Dziembowski jun. z Poznania.

(Dokończenie).

Jakże więc wobec tego można sobie wytłómaczyć powstanie moczówki prostej przez podrażnienie tylnej części przysadki w doświadczeniach, o których mówiliśmy powyżej? E. Frank twierdzi, że drażnienie tej części wywołuje stan ogólnego podrażnienia całego gruczołu i przez to zwiększenie jego czynności. Taksamo mogłyby działać guzy w tylnej jamie czaszkowej, wodogłowie i zapalenie opon mózgowych. Wzmożone bowiem ciśnienie w komorach mózgowych wywołuje rozdęcie lejka mózgowego, przez co powstaje mechaniczne podrażnienie środkowej części przysadki mózgowej. Za tem przemawiają przypadki zapalenia opon mózgowych i wodogłowia, w których wskutek ucisku na przysadkę wytwarza się obustronne niedowidzenie skroniowe, albo stwierdzona przez Goldsteina dystrophia adiposo-genitalis. Dlatego też przypuszcza E. Frank, że większa część przypadków moczówki prostej, które uważano za swoiste. polega na wodogłowiu nieznacznem tylko, które dlatego właśnie nie wywołuje innych objawów, jak tylko moczówkę. Frank zalicza nawet do tego rodzaju moczówek i te przypadki, w których choroba wystąpiła wskutek urazu, twierdząc, że uraz podrażnił środkową część przysadki. Jako dowod dla teoryi Franka służyć mogą przypadki Redsloba i Langego, w których po urazach wystąpiła moczówka prosta i obustronne niedowidzenie skroniowe. Na pytanie, dlaczego moczówka, wywołana w ten sposób, nie ustaje, odpowiada Frank, tłómacząc, że uraz wywołuje wybroczyny lub później jakieś blizny, które drażnią przysadkę w dalszym ciągu.

Za słusznością tej teoryi przemawiają wszystkie przypadki, opisane w literaturze, w których zmiany chorobowe wywoływały te same warunki, jak wspomniane już doświadczenia, w których drażniono przysadkę mózgową. W jednym takim przypadku (Hagenbach) wykazała sekcya ognisko gruźlicze w lejku mózgowym. W innym przypadku, opisanym przez Rosenhaupta, stwierdzono mięsaka, wychodzącego z przedniej części przysadki. Jako najwyraźniejszy dowód dla swej teoryi przytacza E. Frank własne spostrzeżenie, dotyczące chorego, który przy zamachu samobójczym strzelił sobie w skroń. Po pewnym czasie zauważył chory u siebie zanik czynności płciowych, wzmagającą się otyłość i moczówkę prostą. Prześwietlenie wykazało, że kula utkwiła ponad siodłem w mózgu.

Zaznaczam nakoniec, że Frank i te przypadki zalicza do tej grupy etyologicznie odrębnej, w których moczówka prosta wystąpiła po przebytej kile, twierdząc, że choroba ta uszkodziła przysadkę. Przyznać trzeba, że zdarzają się rzeczywiście przypadki moczówki prostej, w których, jak wiemy, zachodziły zmiany kiłowe przysadki. Myślę jednakowoż. że pod tym względem teorya Franka idzie za daleko.

Tak się przedstawiała do niedawnego jeszcze czasu sprawa wpływu przysadki na wytwarzanie się moczówki prostej. Tymczasem w ostatnich tygodniach ukazały się dwie prace, które wręcz przeciwnie dowodzą, że nie nadmierna czynność przysadki, ale raczej brak czynności wywołuje tę chorobę. Von den Velden bowiem wykazał doświadczeniami na ludziach zdrowych i w jednym przypadku moczówki prostej, wstrzykując wyciąg z tylnej części przysadki, że moczówka polega na hypofunkcyi tego narządu. To samo zauważył Farmi. Niezwykle ciekawe były wreszcie wyniki badań, które podjął Römer. Autor ten bowiem zauważył, że po skaleczeniu przysadki, albo też po zamknięciu lejka mózgowego, które sprawia, że przysadka nie ma już połączenia z narządem naczyniowo-limfatycznym w komorach mózgowych, występuje silne wydzielanie moczu u zwierząt. Przy dalszych badaniach okazało się, że po wstrzyknięciu wyciągu z przysadki, pochodzącego z fabryki chemicznej w Aubing (Dr M. Bloch) i zawierającego znaną nam substancyę kolloidalną z przysadki bydląt, zmniejsza się ilość wydzielanego moczu. Próby natomiast z pituitryną i pituglandolem nie wypadły rozstrzygająco Wobec tych doświadczeń Römera i podobnych von den Veldena, utrzymuje Römer, że substancya koloidalna powstrzymuje wydzielanie moczu. Jakże więc pogodzić te doświadczenia z wynikiem badań Schäfera? Römer stara się tłómaczyć to przypuszczeniem, iż część środkowa przysadki wydziela substancyę, która powstrzymuje tworzenie się moczu, tylna zaś tę czynność nerek wzmaga. To swoje twierdzenie opiera Römer także i na doświadczeniu klinicznem, gdyż widział przypadek moczówki pro-

stej, w którym guz, jak to wykazała sekcya, zamykał lejek mózgowy.

Nie mogę tutaj pominąć badań Römera nad sposobem, w jaki działa owa substancya koloidalna. Tak samo on, jak i von den Velden, stwierdzili, że substancya ta, wstrzyknięta zwierzęciu do żyły, nie działa prędzej, jak dopiero po godzinie. Ponieważ to działanie jest tak późne, przeto Römer przypuszcza, że widocznie substancya koloidalna nie działa wprost na nerki, tylko na ośrodki nerwowe. Zdaje się, że z krwią dostając się do mózgu, działa tam wprost na ośrodki, od których jest zależne wydzielanie moczu. Zwracam jednakowoż uwagę, że zdanie to jest bardzo problematyczne, gdyż dotychczas jeszcze nie stwierdzono tej wydzieliny z przysadki w cieczy mózgowej. (Falta).

Wszystkie powyższe wywody i doświadczenia Franka i Römera dowodzą wyraźnie, że przysadka mózgowa odgrywa w anatomii patologicznej moczówki prostej niepomierną rolę. Atoli dziś nie można na pewno powiedzieć, czy narząd ten wpływa na hyperfunkcyę czy też na hypofunkcyę nerek, czy też może, jak twierdzi Römer, na jedną i drugą.

Wiadomo już od dawna, że moczówka prosta występuje wskutek kiły. W danym przypadku moczówki wykazują ten związek przyczynowy odpowiednie objawy kliniczne, odczyn Wassermanna, albo leczenie swoiste (ex juvantibus). Frank odnosi moczówkę w tych przypadkach do dawniejszych zmian kiłowych w przysadce lub w jej okolicy. Tymczasem, jak już powyżej nadmieniłem, nie udaje nam się zawsze w takich razach znaleść zmian w przysadce, i, jak wiemy z literatury, spostrzegano wtedy często zmiany kiłowe w innych częściach mózgu. Natomiast uważać musimy zdanie Ebsteina, który uważał zmiany kiłowe w rdzeniu kręgowym w moczówce za powód tej choroby, wprost za mylne.

Zresztą musimy przyznać, że kiła jest często jedynym, że się tak wyrażę, towarzyszem moczówki prostej. Sprawa ta jest dlatego ważna, że leczenie swoiste daje wtedy niezwykle dobre wyniki Czy dlatego właśnie nie trzeba z Frankiem przypuszczać, że istnieją wtedy zmiany kiłowe w przysadce, rozstrzygnąć trudno.

Należy tutaj wspomnieć o teoryi Steigera, który twierdzi, że w wielu przypadkach moczówka prosta występuje wskutek stanu podrażnienia nerwu błędnego (vagotonus). Autor ten bowiem widział przypadek, w którym zauważył oprócz moczówki takie objawy, jak łzawienie, silne poty, pokrzywka, podmiotowe objawy sercowe w połączeniu z przyspieszeniem tętna, lekki objaw Graefego i odbijanie kwaśne. Gdy Steiger temu choremu wstrzyknął pilokarpinę, poty wzmogły się znacznie, ilość uderzeń tętna zmniejszyła się, a w czasie wdechu czynność serca była przyspieszona, przy wydechu zaś wolniejsza. Jak z tego widać, był u tego chorego układ nerwu błędnego w stanie podrażnienia (vagotonus) i pilokarpina wywoływała bardzo silny odczyn. Przytem było można stwierdzić, że środek ten wzmagał równocześnie ilość moczu, natomiast atropina, którą później wstrzyknięto, powstrzymywała wydzielanie moczu, aczkolwiek tylko na krótko. Steiger przypuszcza, że taki stan bywa wywołany przez działanie hormonów, wydzielanych przez pewne gruczoły.

Dla wyświetlenia tej sprawy ważne są doświadczenia, które wykonał H. Veil, badając białkomocz okresowy, przyczem stwierdził wpływ podrażnienia nerwu błędnego (vagotonus) na wydzielanie moczu. W jednym bowiem przypadku, w którym zachodził białkomocz okresowy, wykazał Veil, przez wstrzyknięcie adrenaliny, atropiny, względnie pilokarpiny, że u chorego tego istniał stan podrażnienia nerwu błędnego. Z tego doświadczenia wynikałoby, że stan pewnego podrażnienia nerwu błędnego ma rzeczywiście wpływ na rodzaj wydzielania moczu. To też bardzo słusznie upomina Steiger, żeby w przypadkach moczówki prostej pomyśleć zawsze o tym właśnie czynniku etyologicznym i zastosować atropinę, względnie pilokarpinę, żeby zapomocą tych środków wykryć stan podrażnienia nerwu błędnego (vagotonus), który mógłby zresztą występować bez innych objawów tego stanu chorobowego.

Jak wiadomo, spostrzegano moczówkę prostą przy bardzo wielu innych chorobach, których wszystkich niepodobna wyliczać. Natomiast muszę przytoczyć przypadek moczówki prostej, opisany przez Lenka, w którym to przypadku zauważył on białaczkę ostrą z wielką ilością komórek szpikowych we krwi. Moczówka była w tym przypadku dlatego znamienna, że po zażyciu 10 gr. soli kuchennej zgęszczenie moczu pod względem tej soli się wzmagało, ogólna zaś koncentracya moczu wcale nie wzrastała, a zatem zachodziło zgęszczenie wyrównujące na korzyść soli kuchennej. Chodziło w tym przypadku o to, czy białaczka ma związek z moczówką prostą. Sprawy tej na mocy tego jednego przypadku rozsądzić nie można, szczególniej, że znaleziono u tego chorego przytem jeszcze niedokształcenie narządów płciowych, będące wyrazem stanu grasiczno-limfatycznego, przy którym znów moczówka często się zdarza (Pribram, Engel, Strauss, Rosendorff, Unna). Byłby zatem ten przypadek dalszym jeszcze dowodem na to, że wydzielanie wewnętrzne ma wpływ na powstanie moczówki.

Nie należy się także zapominać, że stwardnienie tętnic w ośrodkowym układzie nerwowym może wywołać moczówkę przez zaburzenia w krążeniu krwi. Tosamo zdarzyć się może przy zaniku nerek, ale nie dlatego, że sprawność wydzielnicza nerek dla zgęszczonego moczu w tej chorobie się zmniejszyła, tylko, że wskutek zatrzymywania się soli w ustroju powstaje pragnienie, a to znów wtórorzędnie powoduje moczówkę.

Nakoniec pragnę zwrócić uwagę na fakt, nieraz spostrzegany, że cukrzyca zamienia się czasem w moczówkę prostą i odwrotnie.

Przystępuję z kolei do analizy przypadków, należących do trzeciej kategoryi, a więc moczówki swoistej prostej, obok której żadnego innego zresztą cierpienia stwierdzić nie można. Choroba ta występuje bez żadnego powodu zwykle w bardzo już młodym wieku. Wywiady stwierdzają często, że takie dzieci nawet pomimo kar moczyły się bezustannie. Zwykle jest bardzo trudno stwierdzić w tych przypadkach, czy nie istniało może pierwotnie wzmożone pragnienie. Nieinaczej ma się sprawa u chorych, u których to cierpienie wystąpiło dopiero później. Zresztą zaznaczyć muszę, że badania ostatnich lat nad tą kategoryą moczówki prostej nie przyniosły niczego nowego.

Przechodzę wreszcie do leczenia moczówki prostej

przyczem zwracam uwagę, że i w tej części mej pracy będę się trzymać podziału, który powyżej zaprowadziłem. Leczenie przypadków pierwszej kategoryi powinno być oczywiście przyczynowe. Musimy zatem chorych poprostu odzwyczajać od nadmiernego picia. Jeżeli chodzi o dzieci, trzeba łagodnem obchodzeniem się, ale niekiedy także karami przeprowadzić wychowanie pod tym względem. U starszych osób jest to zadanie trudniejsze i nie bywa zbyt często uwieńczone dobrym skutkiem. Ilości płynów, które chorym wypić pozwalamy, trzeba wprawdzie zmniejszać, ale wolno to zrobić tylko stopniowo, używając przytem środków, które zmniejszają uczucie pragnienia. Zaleca się przy tych wszystkich przepisach wielka stanowczość, nie trzeba jednakowoż zapominać o tem, że dolegliwości wywołane leczeniem nie powinny przewyższać tych, które sprawia choroba sama. W każdym przypadku powinno się chorego odosobnić, a mycia trzeba dopilnować, gdyż zdarzają się przypadki, w których chorzy, byle tylko mogli zaspokoić pragnienie, zdolni są wypić wodę, w której się myli. Ważnem jest także, żeby zabronić chorym picia wieczorem, gdyż oddawanie moczu budziłoby ich, coby znów działało niekorzystnie na ich stan nerwowy, który przecież całą chorobę wywołuje. Samo przez się rozumie się, że trzeba oprócz powyższych zabiegów stosować u tych chorych cały aparat leczniczy, którego używamy zwykle w histeryi lub innych chorobach umysłowych. Zaleca się bardzo w tych razach dyeta bez mięsa.

W przypadkach należących do drugiej kategoryi byłoby wskazane leczenie choroby, która jest powodem moczówki. Najlepsze wyniki daje oczywiście w odpowiednich przypadkach leczenie przeciwkiłowe. Tam, gdzie inne choroby są powodem moczówki, jest leczenie bardzo mało wdzięczne. Przy zachorzeniach mózgu bywa wynik nawet leczenia dyetetycznego wprost ujemny. W stwardnieniu tętnic daje czasem dyeta bez mięsa dobre wyniki. Cierpienia zaś nerkowe wymagają ograniczenia soli i białka w pożywieniu chorego.

Taka sama dyeta zaleca się w przypadkach, należących do trzeciej kategoryi moczówki prostej.

Trzeba naturalnie we wszystkich przypadkach tej choroby zmniejszać stopniowo, jak powiedziałem, ilość płynów, którą chorym wypić pozwalamy, a to dlatego, że skutki dyety i wszelkich innych zabiegów leczniczych nie występują wcale bez ograniczenia płynów. Jest to ważne i dlatego, że przecież w każdym przypadku moczówki pierwotnie albo wtórorzędnie jest pragnienie chorobliwe wzmożone i trzeba przeciw temu działać. To ograniczenie płynów trzeba, jak to już powyżej wyraziłem, przeprowadzać powolnie, gdyż w przypadkach niedomogi nerek dla wydzielania zgęszczonego moczu mogłyby wystąpić groźne objawy mocznicy, gdyby się odebrało chorym płyny zbyt nagle. Natomiast ćwiczymy niejako nerki i uczymy je wydzielać mocz silniej zgęszczony, ujmując wody stopniowo.

Zastąpić możemy ten brak wody, podając chorym świeże owoce i t. p. Wielką ulgę sprawia częste płukanie ust zimną wodą.

Jak wiadomo, udaje nam się nieraz takimi zabiegami wyleczyć moczówkę prostą albo chorym przynieść chociażby tylko ulgę. Atoli wobec faktu, że liczba chorych, nie wyleczonych w ten sposób, bardzo znacznie przeważa, dziwić się nie można, że w tej chorobie już od bardzo dawnych czasów próbowano lekarstw. Głównymi ich przedstawicielami były zawsze przetwory makowca. Działanie ich, czasem bardzo dobre, polega, jak sądzi Gerhardt, poprostu na zmniejszeniu pragnienia, które chorych dręczy. Forschbach i Weber natomiast sądzą, że makowiec uspokaja podrażnienie nerek, które sprawia wydzielanie wielkich ilości moczu. Autorzy ci zbudowali nawet na tem korzystnem działaniu makowca i pantoponu nową teoryę moczówki i twierdzili, że choroba ta polega na wzmożonej czynności nerek. Jak wiadomo, teorya ta nigdy nie została uznana, a Socin stwierdził nadomiar ponownie w ostatnich czasach, że moczówka prosta polega, co już głosił Tallquist, na niezdolności wydzielniczej nerek dla zgęszczonego moczu.

Atropina działa także czasem korzystnie w moczówce prostej. Steiger odnosi to działanie właśnie do przypadków, w których przypuszcza, że chory cierpi na stan podrażnienia nerwu błędnego (vagotonus).

Oprócz powyższych środków stosowano często brom, sporysz, strychninę, teofilinę i antypirynę. Wiele sobie atoli po tych środkach obiecywać nie można. Jestem tego zdania, że w przypadkach, w których dyeta i ograniczenie płynów nie odniosło skutku, także i środki apteczne podaje się zwykle bez dodatniego wyniku.

Natomiast wielką przyszłość dla leczenia moczówki zdaje się rokować organoterapia. Römer np. zwraca uwagę na korzystne działanie w moczówce prostej wyciągu ze substancyi koloidalnej z fabryki w Aubing. Po wstrzyknięciu pituitryny i pituglandolu skutków takich autor nie dostrzegał.

Pod względem rokowania moczówki prostej nadmienić muszę, że choroby tej, pomimo wielu niebezpieczeństw, na które chorzy są narażeni, groźną nazwać nie można. Przedewszystkiem bowiem nie wytwarza się w moczówce prostej przerost serca ani zwiększone ciśnienie krwi, a tylko czasem zdarza się rozszerzenie pęcherza.

Piśmiennictwo. 1) Tallquist: Zeitschrift f. klin. Med., t. 49. — 2) Forschbach i Weber: Beobachtungen über Harn- und Salzausscheidung im Diabetes insipidus. Zeitschr. f. klin. Med. t. 72. — 3) W. Ebstein: Beiträge zur Lehre vom Diabetes insipidus. D. Archiv. f. klin. Med. 95. — 4) H. Strauss: Ueber Diätbehandlung des Diab. ins. und ähnlicher Polyurien. D. med. W. 1912. — 5) Rosendorf i Unna: Zur Differentialdiagnose und Therapie des Diab. ins. Berl. klin. W. 1911. — 6) Engel: Ueber Diab. ins. Zeitschr. f. klin. Med. 1909, t. 76. — 7) Engel: Klinische Beobachtung von 10 Fällen von Diab. ins. D. Archiv. f. klin. Med. 1903, t. 67. — 8) Dreser: Pflügers Archiv. 1904, t. 102. — 9) Ehrmann: Familiärer Diab. insip. Berl. klin. W. 1911. — 10) Schwenkebacher: Beitrag zum aetiologischen Studium des Diab. ins. Münch. med. W. 1909, str. 50. — 11) Minkowski: Zur Therapie des Diab. ins. Ther. d. Geg. 1910, stycz. — 12) Heiberg: Ein Fall von gleichzeitigem Diab. ins. und mel. Zeitschr. f. klin. Med., t. 73. — 13) E. Ebstein: Zwei Fälle von Diab. ins. Mitt. a. d. Grenzg., t. 25. — 14) E. Meyer: Fall von Diab. ins. mit schwerer Lues. Arch. f. klin. Med., t. 82. — 15) Engel: Fall von Diab. ins. mit Commotio cerebri. Zeitschrift f. klin. Med., t. 67. — 16) E. Frank: Ueber Beziehungen der Hypophyse zum Diab. ins. Berl. klin. W. 1912, Nr 9. — 17) Schäfer: Function des Gehirnanhanges. Berner Univers. Schriften 1911, zeszyt 3. — 18) Römer: Die Beziehungen zwischen der Function der Hypophysis cerebri und dem Diab. ins. D. med. W. 1914, Nr 3. — 19) von den Velden: B. klin. W. 1913, str. 45. — 20) Farmi: Referat w Wien. klin. W. 1913, str. 1867. — 21) Falta: Erkrankungen der Blutdrüsen 1913. — 22) Steiger: D. med. W. 1912. — 23) Veil H.: Beitrag zum

Studium der gutartigen Albuminurien. Münch. med. W. 1913, Nr 49. — 24) Simmonds: Ueber Hypophysis und Diab. ins. Münch. med. W. 1913, Nr 3. — 25) Lenk: Akute Leukämie und Diab. ins. beim Status thymico-lymphaticus. Wien. klin. W. 1911, Nr 31. — 26) Socin: Ueber Diabetes insipidus. Zeitschr. f. klin. Med., t. 78.

Z oddziału chorób wewnętrz. szpitala krajowego w Sarajewie.

Kilka uwag i spostrzeżeń o nerwicach wegetatywnych.

Skreślił

Prof. Dr L. Korczyński.

(Dokończenie).

Ahmet effendi M., lat 28, wyznania muzułmańskiego, rządowy urzędnik konceptowy w Sarajewie, przyjęty na oddział 17 czerwca 1913 r.

Wywiady. Chory, brat lekarza, opowiada, że od pewnego czasu cierpi na przypadłości sercowe. polegające na zjawianiu się lekkiego bicia serca i przemijającej niemiarowości tętna. Nie sprawiały mu one nigdy większej przykrości. Kiedy się dowiedział, że są przyrody nerwowej, nie zwracał na nie większej uwagi. Dopiero rano 17 czerwca, kiedy wyszedł na ulicę, doznał napadu, który go wprost przestraszył. Początek stanowił dojmujący ból pod mostkiem, jakby kto kości rozpierał. Dołączyło się do niego przykre uczucie bolesnego trętwienia w kończynie górnej lewej, oraz tępy ból między łopatkami i w łopatce lewej z towarzyszeniem dławienia i wielkiego strachu. Wśród tego wystąpiło kołatanie serca, skóra pokryła się obfitym potem, nastało tak znaczne osłabienie, że chory musiał się oprzeć w bramie domu, bo nie mógł stać o własnych siłach. Napad przeciągał się, wolniał, to znów powracał. Przyczyny bezpośredniej napadu nie umie chory wskazać. Nadmienia wprawdzie, że używa czarnej kawy w ilości kilku filiżanek dziennie i pali dość wiele, ale w ostatnich czasach nie czynił żadnych wybryków w tym kierunku i że wogóle ilości kawy i tytoniu nie były większe, aniżeli się to u silniejszych palaczy zwykle dzieje.

Przy badaniu, którego wynik uprawniał w całem tego słowa znaczeniu do rozpoznania dusznicy bolesnej, zachowywał się chory zupełnie spokojnie, znać jednak po nim było, że jest bardzo przejęty swoim stanem. Napad ustąpił bardzo rychło po podaniu jednej pastylki glonoiny i po wstrzyknięciu pod skórę 0,001 gm atropiny.

Dokładniejsze badanie, wykonane następnego dnia, wykazywało: Budowa ciała dobra, odżywienie zupełnie zadowalniające. Twarz zaróżowiona, źrenice nieco szersze, zapewne skutkiem działania atropiny, oddziałują wszakże na światło. Język czysty, drży. Wyraźne drżenie okazują palce u rąk. Odruchy mięśniowe bardzo silne, z typowym odruchem wagotonicznym. Pobudliwość naczynioruchowa, skóry bardzo znaczna. W płucach zmian niema. Uderzenie serca dość słabe, uderzenie końca serca w V. międzyżebrzu w linii sutkowej. Rozmiary stłumienia bezwzględnego zupełnie prawidłowe. Tony czyste, nieco słabsze. Tętno miernie napięte, miarowe, liczba tętna 68. W narządach jamy brzusznej nie ma żadnych zmian. Mocz jasny, nie zawierał nieprawidłowych składników. Uczucie podmiotowe dobre; chory utrzymuje, że jest zdrów zupełnie i pragnie powrócić do domu. Za namową zgodził się wszakże, aby jeszcze parę dni pozostać.

Na trzeci dzień po napadzie, t. j. 20. VI., wstrzyknięto pod skórę 0·005 gm chlorku pilokarpiny. Już w parę minut po wstrzyknięciu wystąpiło żywe zaczerwienienie twarzy, pojawiły się obfite poty i ślinotok, wkrótce potem nudności i wymioty, a co najważniejsza, zjawiły się objawy zupełnie takie same, jak w czasie napadu dusznicy w dniu 17. IV. W celu przerwania objawów zatrucia pilokarpinowego i uspokojenia chorego wstrzyknięto 0,001 atropiny. Według notatki w historyi choroby zaznaczyło się jej działanie tak samo szybko i dosadnie, jak działanie pierwszej trucizny.

Ten wynik doświadczenia utwierdził jeszcze bardziej przypuszczenie, że napad powstał na tle nerwowem. Przyjęto nerwicę naczynioruchową i rozpoznano: Angina pectoris vasomotorica, vagotonica. Przy wypuszczeniu ze szpitala dnia 21. VI., zalecono choremu, aby przestał palić i pić kawę, przestrzegał o ile możności dyety bezmięsnej, a nadto zapisano roczyn soli bromowych.

Napady nie powtarzały się już więcej. Chorego spotykam od czasu do czasu, ma się zupełnie dobrze i nawet nie żywi już żalu z powodu doświadczenia z pilokarpiną, które go przyprawiło o niemiłe przypadłości.

Na równi niemal z sercem, które pod wpływem podniet autonomicznych staje się źródłem dla powstawania stanów i napadów, niepokojących chorych, postawić można z pewnemi zastrzeżeniami, o ile chodzi o częstość tego rodzaju spostrzeżeń, narząd oddechowy. I w nim snują się w wielkiej obfitości gałązki nerwu błędnego, zaopatrując mięśnie gładkie oskrzeli, oraz mięśnie krtani. Od napięcia, jakie panuje w układzie autonomicznym, zależy, zasadniczo rzecz biorąc, także i napięcie wszystkich tych mięśni. Wynika z tego, że zaburzenia, jakie przydarzać się mogą w zakresie narządu oddechowego, będą w pierwszym rzędzie zaburzeniami ruchowemi. Poza tem oznacza jednak wagotonia jeszcze brak prawidłowego napięcia współczulnego. A od napięcia tego zależy stan naczyń, o ile stoi w związku, z działaniem nerwów naczynioruchowych, t. zn. nerwów zwężających naczynia. Dalszem więc następstwem wagotonii mogą być bardzo łatwo zmiany naczynioruchowe i wydzielnicze w błonie śluzowej całego narządu oddechowego, szczególnie oskrzeli. Za wyraz tego rodzaju zmian trzeba niekiedy uważać przemijający obrzęk błony śluzowej nosa, który u niektórych osób powstaje bez żadnego widocznego powodu, lub obfite, prawie że napadowe wydzielanie płynnej wydzieliny z nosa, niemiłe i wprost żenujące dla tych którzy są niem nawiedzeni.

Łagodnej postaci wagotonii w narządzie oddechowym domyślać się można u osób, u których bez istotnego powodu zmienia się łatwo rytm oddechowy i głębokość pojedynczych oddechów. Co jakiś czas wciągają oni ze znaczną siłą powietrze, przyczem zauważyć można, że wdech nie przechodzi odrazu w wydech, że między jedną i drugą fazą jest nieco dłuższy przestanek. Wydech trwa w takich razach nieco dłużej, aniżeli się to dzieje u ludzi zupełnie prawidłowych. U tych osób stwierdzić można inne także znamiona większego napięcia autonomicznego. Należy do nich między innemi t. zw. oddechowa niemiarowość tętna, która odznacza się tem, że tętno przyspiesza się w czasie wdechu, wolnieje, a często i słabnie podczas wydechu. Zmiany te widzieć można zupełnie wyraźnie zazwyczaj dopiero na obrazach krzywych tętna, w których już na pierwszy rzut oka uderza także ten szczegół, że linia, po której się posuwają fale tętna, nie jest, jak zazwyczaj, prosta, lecz posiada wyraźny, a dla tych przypadków prawie wprost cechujący, falisty przebieg.

Sposób oddychania, o którym wspomnieliśmy, nie jest bynajmniej stałym objawem. Zauważyć go można od czasu do czasu, a przy bliższem śledzeniu można nawet wykryć warunki, w jakich powstaje. Bardzo często odgrywają wielką rolę powszechne wpływy nerwowe. Nieprawidłowe oddychanie potęgować się może tak bardzo, że sprawia już wprost wrażenie duszności. Jeśli ją pojmiemy jako następstwo zbyt wielkiego napięcia autonomicznego, to przez przypadki tego rodzaju stworzymy przejście dla pojęć o powstawaniu zupełnie typowej nerwicy oddechowej, zwanej dychawicą oskrzelową.

Że duszność, która stanowi najznamienitszy, a dla chorych najprzykrzejszy objaw napadu, jest następstwem nerwowego podrażnienia, tego uczył jeszcze w połowie XVII wieku lekarz angielski Willis[14]), a na początku ubiegłego stulecia słynny Laennec[15]). Ważniejszy jest niewątpliwie ten szczegół historyczny, że jeden i drugi uważali za istotę nerwowego napadu skurcz drobnych oskrzeli, przyczem Laennec dodawał, że nieżyt oskrzeli, towarzyszący chorobie, stoi w ścisłym związku z cierpieniem nerwowem. Zapatrywanie Laenneca, przez jednych zwalczane, przez innych odnawiane i uzasadniane, utrzymywało się stale na poziomie poglądów lekarskich. Słuszności jego ani nie udowodniono stanowczo, ani nie obalono. I dopiero nowsze czasy przyniosły w nowych pracach takie dowody trafności sądu francuskiego klinicysty, że wobec nich teorya jego zamieniła się prawie w naukowy pewnik. Prace te, to badania wstrząsu anafilaktycznego, względnie objawów zatrucia t. zw. peptonowego, które wykazały, że zjawiska powstające w obu tych sprawach noszą wyraźne znamiona podrażnienia autonomicznego. Wywołać je można także przez wstrzykiwania wazodylatyny Popielskiego, trucizny o wybitnych własnościach wagotropijnych. Dla neuropatologii narządu oddychania mają wielką doniosłość badania Biedla i Krausa, które okazały, że wśród objawów zatrucia niepodrzędne miejsce zajmuje skurcz gładkich mięśni oskrzeli.

Dychawicę oskrzelową można więc do pewnego stopnia uważać za wstrząs anafilaktyczny, powstający z różnych zresztą przyczyn, ale zawsze i jedynie tylko na tle wagotonii, która szczególnie silnie uwydatnia się w niezdrowem napięciu płucnych, względnie oskrzelowych gałązek nerwu błędnego. Wydzielina oskrzeli, odznaczająca się dużą zawartością leukocytów eozynochłonnych, jest również wyrazem tego samego autonomicznego podniecenia, a to jako następstwo zmian naczynioruchowych i wydzielniczych. Eozynofilię spotykamy zresztą w tych przypadkach także i we krwi chorych.

Dlaczego tylko oskrzelowe gałązki nerwu błędnego tak bardzo są podrażnione, że dają powód do powstawania napadów, na to odpowiedzieć nie umiemy. Ale tak samo nie umiemy dać odpowiedzi na podobne pytania, gdy chodzi o napady wagotoniczne z innem siedliskiem. A jednak nikt nie wątpi, że skurcz wpustu żołądka, kolka śluzowa, skurcz zwieracza odbytu, naczynioruchowa dusznica bolesna i wiele innych nerwic autonomicznych jest następstwem podrażnienia układu nerwu błędnego. Zresztą pytania, dlaczego właśnie gałązki oskrzelowe są siedliskiem największego podrażnienia autonomicznego, nie można odnieść do wszystkich przypadków nerwicy oskrzelowej. Przy bliższym rozbiorze całego zespołu objawów w napadzie nie trudno stwierdzić szczegóły, które pokazują, że chorobliwe napięcie (tonus) nerwów zdarza się w innych także zakresach. Ażeby się w tym względzie oprzeć na danych z piśmiennictwa, wspomnę o bardzo zajmującej pracy G. Zuelzera[16]) z r. 1908 p. t. »Ueber Vagusneurose«. Znajdujemy w niej opis dwóch przypadków z napadami dychawicy, względnie ostrem rozdęciem płuca, a więc zmianą cechującą dychawicę. W jednym z nich, drugim z rzędu, powstał napad u zupełnie młodej, zresztą zdrowej osoby, u której równocześnie istniały cechy autonomicznego podniecenia w obrębie serca i kiszek, a obok tego poty przy chłodnych zupełnie kończynych.

Opierając się na badaniach doświadczalnych farmakodynamicznych, przytoczyć możemy jako ważny dowód dla poparcia poglądów o autonomicznem pochodzeniu dychawicy oskrzelowej ten szczegół, że napady jej przerwać można zapomocą leków, które albo wprost porażają nerw błędny, albo zmniejszają skutki jego napięcia przez podrażnienie układu współczulnego. Do pierwszych należy atropina i atropina metylowa, do drugich nadnerczyna, pituitryna lub połączenia obydwu, które już w tej postaci znajdują się nawet w handlu pod nazwą »asthmolizyny«. W taki sam sposób działać będzie zapewne jeden z najnowszych syntetycznych leków, uteramina, spokrewniona przez obecność w niej jądra tyrozynowego z adrenaliną.

Na tem samem tle, co dychawica oskrzelowa, powstawać mogą także inne nerwice oddechowe, wśród nich skurcz głośni. Przeważnie zdarza się on u małych dzieci; u młodzieży, tembardziej zaś u osób dorosłych, spotykamy się z nim rzadko. U dorosłych stanowić może objaw rozpoczynającego się, a nawet i rozwiniętego wiądu rdzenia w postaci t. zw. przełomów krtaniowych. Jako zupełnie samoistna nerwica należy jednak kurcz głośni według zgodnych zupełnie podań, m. i. także według zdania Pieniążka, poza wiekiem dziecięcym do wielkich rzadkości. Zdaje się, że krtaniowe gałązki n. błędnego podlegają nie tak łatwo, jak inne, stanom podrażnienia wysokiego stopnia. Przy słabszem podrażnieniu zjawiać się mogą tylko bardzo nieznaczne krótkotrwałe kurcze, które utrudniają chwilowo wydawanie głosu, ale nie mącą zupełnie sprawy oddychania. Wobec tego będzie zupełnie usprawiedliwione, jeśli podam opis przypadku, w którym u kilkunastoletniego chłopca występował taki samoistny kurcz głośni, a to tem bardziej, że równocześnie istniały nader wyraźne znamiona wagotonii powszechnej.

Branko K. lat 14, wyznania prawosławnego, chłopiec sklepowy z Sarajewa, przyjęty na oddział 28 września 1913. (Ryc. 10).

W y w i a d y. Od półtora roku dostaje chory co 2. lub 3. dzień napadów zaduszania, które się rozpoczynają kłującym bólem w okolicy serca z następowym kurczem

[14]) Willis, cyt. według Sokołowskiego: Wykłady kliniczne chorób dróg oddechowych T. I.

[15]) Laennec. Ibidem.

[16]) Zuelzer. Zentblt f. d. ges. Phys. u. Path. d. Stoffw. 1908 str. 81.



Ryc. 10.

w gardle. Gdy dojdzie już do skurczu, nie może chory ani odetchnąć, ani wydać głosu, mąci mu się w głowie i traci prawie przytomność, nie o tyle jednak, żeby nie wiedział, co się koło niego dzieje. Ze stanu swego zdaje sobie doskonale sprawę. W czasie napadu sinieje skóra, później pojawiają się poty i ślinienie. Ostatni napad, właśnie w dniu przyjęcia na oddział, był bardzo silny, trwał dłużej aniżeli zwykle i odznaczał się utratą przytomności.

Badanie. Budowa ciała wątła, odżywienie zaledwo mierne, skóra delikatna, bardzo pobudliwa, wilgotna. Czaszka nieumiarowa, o bardzo wybitnych guzach czołowych i potylicznych, o szwach kostnych zgrubiałych. Źrenica prawa nieco szersza od lewej; obie oddziałują zupełnie dobrze; na oku lewem nieznaczny zez zbieżny. Język wilgotny, drży. Błona śluzowa gardła nieco obrzękła, sinawoczerwona. Migdałki znacznie powiększone. W krtani żadnych zmian nie ma. Przy wydawaniu głosu napinają się więzadła niezwykle silnie i nagle. Szyja miernie długa, gruczoły szyjne dość liczne, tarczyca zbita, daje się wprost ująć w palce. Klatka piersiowa płaska, rusztowanie kostne nosi na sobie znamiona przebytej krzywicy. Zmian dających się stwierdzić przez badanie fizyczne płuc, nie znaleziono. Uderzenie serca słabe, uderzenie końca w V. międzyżebrzu na wewnątrz od linii sutkowej, rozmiary stłumienia prawidłowe, tony czyste. Na mostku tuż pod zrostem rękojeści z trzonem mostka stłumienie odgłosu opukowego o średnicy około 3—4 ctm. Jako objaw ciekawy warto może zaznaczyć, że przy przeginaniu głowy ku tyłowi słabły wyraźnie tony serca w okolicy wielkich naczyń i że powstawało w tem miejscu wyraźne buczenie żylne. Tętno niezupełnie miarowe; po szeregu powolnych następuje kilka szybszych uderzeń; liczba tętna przy pierwszem badaniu 52. Kilkakrotnie stwierdzono jeszcze niższe cyfry. Objaw Aschnera występuje w najzwyklejszej postaci, gdzie obok zwolnienia tętna zjawia się niemiarowość obok zmalenia pojedyńczych fal (ryc. 11).

Odruchy mięśniowe znacznie silniejsze od prawidłowych. Na rycinie widać pod obojczykiem po stronie lewej dwie wałkowate wyniosłości, powstałe po uderzeniu młotkiem opukowym przez skurcz pęczków mięśnia.

Narządy jamy brzusznej bez zmian.

Skład krwi: Ciałek czerwonych 3,550.000, białych 6,200. Stosunek odsetkowy ciałek białych: neutrochłonnych 52·12%, limfocytow 35·15%, przejściowych 7·27%, eozynochłonnych 5·45%.

Po 0·002 gm! pilokarpiny wszystkie objawy pilokarpinizmu, a nadto napad kurczu głośni, który został natychmiast przerwany przez wstrzyknięcie atropiny.

Cukromocz adrenalinowy nie wystąpił.

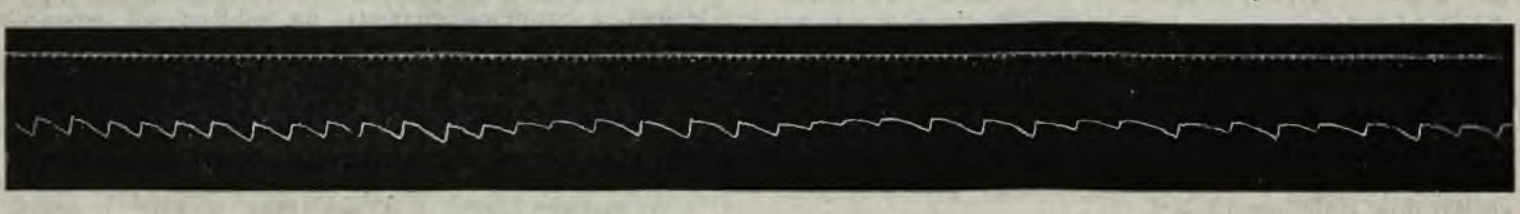
Przypadek ten zasługuje na szczególną uwagę nietylko dlatego, że należy sam przez się do rzadszych spostrzeżeń, ale przedewszystkiem z tego powodu, że napad kurczu głośni wystąpił po pilokarpinie. Podrażnienia krtaniowych gałązek nerwu błędnego uwydatniło się tutaj bardzo dosadnie. Poza tem podnieść jeszcze trzeba z badania te szczegóły, które wskazują na przebytą krzywicę i na obecność zmian, uprawniających do przypuszczania, że istnieje stan zwany grasiczno-limfatycznym (status thymolymphaticus).

U chorego zastosowano, tak samo zresztą, jak w innych przypadkach wagotonii, systematyczne leczenie zapomocą atropiny, wstrzykiwanej 2 razy dziennie po $^1/_2$ miligrama. Poza tem dostawał chory wodę żelazisto-arsenową z Srebrenicy.

Napady nie powtórzyły się na oddziale ani razu. Odżywienie poprawiło się znakomicie. Chłopiec dobrze wyglądający opuścił szpital 3 listopada 1913 r. Od tego czasu przedstawiał się parę razy. Stan jego był zupełnie zadowalniający, napady już się nie ponowiły.

Dla uzupełnienia wiadomości o narządowych objawach wagotonii należałoby jeszcze mówić o nerwicach, względnie o nerwowych zaburzeniach, które się przydarzają w zakresie narządu moczowopłciowego. Na rzeczy te trudno jednak patrzeć tylko ze stanowiska naszych zapatrywań o układzie wegetatywnym. Sprawy, jakie się przytem odgrywają, są zanadto złożone, a sam narząd płciowy podlega tak bardzo wpływom zmysłowym i psychicznym, okazuje taką wrażliwość wielostronną, związaną z wychowaniem, sposobem życia i warunkami tego życia, ze stanem fizycznym i t. d., że wszystkiego tego nie można jednostronnie rozbierać. W każdym jednak razie spotkać się można z zaburzeniami, które stoją w ściślejszym związku z wagotonią.

O ile chodzi o sferę płciową, to spotkać się można ze skargami na nieprawidłowy przebieg całego podniece-



Ryc. 11.

nia płciowego. Przychodzi ono niekiedy nazbyt często, chorzy miewają polucye, a gdy chcą wykonać akt płciowy, to im się to nie udaje, albo dlatego, że skutkiem podrażnienia występuje wytrysk nasienia przed czasem, albo też z tego powodu, że przy utrzymywaniu się pobudzenia uczuciowego, względnie psychicznego, nie dopisuje strona fizyczna. U kobiet z natury rzeczy nie tak łatwo dowiedzieć się można tajemnic życia płciowego. Ale i u nich istnieją, o ile osądzić mogę z paru opowiadań, zaburzenia, które postawićby należało na równi z zaburzeniami, spotykanemi u mężczyzn.

Do rzędu nerwowych zboczeń, przydarzających się w drogach moczowych, należą, jako najpospolitsze, częste parcie na mocz oraz sączenie się moczu kroplami po właściwem opróżnieniu pęcherza. Pierwsze jest niewątpliwie wyrazem zbytecznej drażliwości i zbyt wielkiego napięcia autonomicznego wypieracza moczu. Drugie poczytać trzeba za następstwo małej siły zwieracza pęcherza, otrzymującego gałązki nerwowe od układu współczulnego. Bezwiedne oddawanie moczu w nocy, nie tak rzadkie u starszych nawet dzieci, należy może także do rzędu nerwic autonomicznych. Ale w grę wchodzą tu w każdym razie także odruchowe sprawy nerwowe. Na podstawie moich własnych spostrzeżeń nabrałem wszakże przekonania, że u większości tego rodzaju młodocianych chorych, obok niedomagania ogólnego istnieją najczęściej znamiona pobudzenia autonomicznego, objawiające się pospolicie zaburzeniami sercowemi lub żołądkowemi, względnie kiszkowemi.

Kończę na tem tych kilka uwag, odnoszących się do nerwic wegetatywnych. Są one bardzo niezupełne. Ale i w naszych wiadomościach jest sporo luk i braków, które dopiero powoli uzupełnić można. Ograniczyłem się przeważnie do opowiedzenia tego, co sam widziałem u chorych i co sam przemyślałem. Nie mogło być tego bardzo wiele. Mimo sporego materyału chorych przyznać muszę otwarcie, że widziałem jeszcze za mało. Ażeby rzecz wszechstronnie zbadać, na to trzeba wiele czasu, a przedewszystkiem współdziałania wielu lekarzy. I cel mojej pracy nie jest bynajmniej dydaktyczny. Chodziło mi tylko o podzielenie się własnemi spostrzeżeniami, a poza tem o obudzenie i u nas także większego i powszechniejszego zajęcia się jednym z ważnych działów patologii klinicznej, który dziś, w okresie rozwoju dyagnostyki czynnościowej, przedstawia bardzo wdzięczne pole do dalszych i głębszych studyów.

Sprawozdania.

Wstrzykiwanie zgęszczonych rozczynów salwarsanu i neosalwarsanu

(sprawozdanie poglądowe)

podał **Dr W. Grzywo-Dąbrowski.**

Do niedawna jeszcze jedyną metodą stosowania salwarsanu dożylnie było wlewanie tego środka wraz z wielką ilością wody przekroplonej i wyjałowionej. Sposób ten jest powszechnie znany, wobec tego nie będę dłużej nad nim się zastanawiać, przypomnę tylko, że technika tego całego zabiegu jest względnie trudna, wymaga wprawy, kosztownych i skomplikowanych przyrządów i zabiera dużo czasu Wobec tego z natury rzeczy stosowanie salwarsanu w taki sposób było zabiegiem, możliwym tylko w dużych szpitalach i klinikach, rzadziej znacznie w prywatnym gabinecie lekarskim podczas godzin przyjęć.

W r. 1913 Stern, Zimmern i Dreyfus, niezależnie jeden od drugiego, zaczęli stosować salwarsan nie w postaci wlewań, lecz jako wstrzykiwania dożylne, posługując się strzykawką Record o rozmaitej objętości. Stern używa do rozpuszczania 0,3—0,4 gr salwarsanu 5—10 cm^3 zwykłej wody, wyjałowionej przez gotowanie. Po rozpuszczeniu tej ilości salwarsanu zobojętnia Stern rozczyn zapomocą dodawania kroplami 15% rozczynu ługu sodowego; do całkowitego zobojętnienia 0,3—0,4 gr salwarsanu zużywa się około 3 kropli 15% rozczynu ługu. Żadnych powikłań przy stosowaniu tak zgęszczonych rozczynów Stern nie zauważył. Saalfeld używał mniej zgęszczonych rozczynów, rozpuszczając 0,3 salwarsanu w 40 cm^3 rozczynu fizyologicznego chlorku sodu. Takich wstrzyknięć dożylnych wykonał Saalfeld 250 i żadnych powikłań nie zauważył. Również Zimmern stosował wstrzykiwania stężonych rozczynów salwarsanu, 0,3—0,5 gr w 10 cm^3 wody wyjałowionej; oczywiście rozczyn taki musiał być zobojętniony zapomocą ługu. Wykonał on 147 wstrzyknięć u 78 chorych; podniesienie się ciepłoty stwierdzono w 27 przypadkach, wymioty w 39 przypadkach; w jednym przypadku w $1/2$ godz. po wstrzyknięciu wystąpił rumień bąblowaty, który znikł po 5 godzinach.

Porównując szybkość wydzielania się arsenu przy stosowaniu salwarsanu w sposób zwykły (w wielkich ilościach wody) i przy stosowaniu rozczynów zgęszczonych, zauważył Zimmern, że przy stosowaniu rozczynów zgęszczonych arsen wydziela się prawie 2 razy wolniej z ustroju, co zapewne podnosi i leczniczy wpływ salwarsanu, stosowanego w rozczynach zgęszczonych.

Dreyfus używał rozczynów mniej zgęszczonych, lecz również w postaci wstrzykiwań do żyły. Rozpuszczał on 0,2—0,4 salwarsanu w 20—35 cm^3 2 razy przekroplonej i wyjałowionej wody; tygodniowo stosowano 0,7—0,9 salwarsanu w 2—3 wstrzyknięciach, a w ciągu 6—8 tygodni 3—5 gr salwarsanu. Jednocześnie chorzy otrzymywali kalomel lub olej szary. Dreyfus wykonał ogółem 320 takich wstrzyknięć i tylko w kilku przypadkach wystąpiło podniesienie się ciepłoty do 38,5, dreszcze, wymioty, sinica; poważniejszych powikłań nie było. Przytem zauważył Dreyfus, że odczyn po wstrzyknięciu stał do pewnego stopnia w stosunku prostym do ilości wody, zużytej do rozpuszczenia środka. Zdania podobne wypowiadano już i dawniej, a według niektórych autorów powikłania (podniesienie się ciepłoty, dreszcze, wymioty i t. d.), spostrzegane tak często przy wlewaniach dożylnych salwarsanu, mają swe źródło przedewszystkiem w wielkiej ilości wody, wprowadzanej do żyły.

Powyżej opisane stosowanie salwarsanu w rozczynach zgęszczonych oczywiście bardzo ułatwia technikę leczenia, jednak trudność rozpuszczania się salwarsanu i konieczność zobojętniania jego rozczynów zapomocą ługu wikłały do pewnego stopnia sam zabieg. Wprowadzenie do lecznictwa tak zwanego neosalwarsanu zupełnie usuwa te niedogodności; neosalwarsan rozpuszcza się w wodzie bardzo łatwo i prędko (woda nie powinna być gorącą, najwyżej 18—21° C); rozczyny jego oddziałują obojętnie, to znaczy, że są bez zobojętniania natychmiast gotowe do użycia. Jeden z pierwszych zaczął stosować zgęszczone rozczyny neosalwarsanu Ravaut; rozpuszczał on 0,45—0,6 gr. neosalwarsanu w 10 cm^3 wody przekroplonej wyjałowionej i wstrzykiwał ten rozczyn do żyły. Wstrzykiwań takich wykonał 187 u 47 chorych; maksymalna jednorazowa dawka wynosiła 0,9 gr. Wstrzykiwania wykonywano co 8 dni. Niektórzy chorzy dostali po 6 wstrzyknięć do tej samej

żyły bez żadnych złych następstw. Czas, zużyty na jedno wstrzyknięcie, nie przekraczał 20 sekund (inni autorowie polecają wstrzykiwać powoli, w ciągu 2—3 minut, żeby prąd krwi mógł rozcieńczyć rozczyn i żeby przez to zapobiedz tworzeniu się zakrzepów, ew. wyeliminować szkodliwe działanie zgęszczenia neosalwarsanu na ściany naczyń i na samą krew). W niektórych przypadkach po tych wstrzykiwaniach spostrzegano wymioty, podniesienie się ciepłoty, nudności. Wynik leczniczy był taki sam, jak i przy dawnych sposobach stosowania salwarsanu i neosalwarsanu.

Gurani i Fatjanow najpierw wypróbowali działanie rozczynów stężonych neosalwarsanu na królikach; przekonawszy się, że króliki znosiły je bez złych następstw, zaczęli ci autorowie stosować zgęszczone rozczyny neosalwarsanu w leczeniu kiły u ludzi, rozpuszczając 0,3—0,4 gr. neosalwarsanu w 10 cm^3 0,4% rozczynu chlorku sodu, przyrządzonego w świeżo przekroplonej wodzie. Razem wykonano 146 wstrzyknięć u 86 chorych; tylko w 2 przypadkach wystąpiły bóle głowy i podniesienie się ciepłoty do 39°.

Katz stosował zgęszczone rozczyny neosalwarsanu (0,6—0,9 gr w 10 cm^3 wody świeżo przekroplonej i wyjałowionej) w 63 przypadkach kiły pierwotnej i wtórnej. Zwykle przy stosowaniu neosalwarsanu w przypadkach, nie leczonych poprzednio rtęcią, występowało podniesienie się ciepłoty i bóle głowy; jednak o ile przed wstrzyknięciem neosalwarsanu wstrzyknięto jaki przetwór rtęci (Katz stosował salicylan rtęciowy w postaci 10% zawiesiny), to powikłań takich nie spostrzegano. W dobę po wstrzyknięciu w wykwitach kiłowych już nie znajdowano krętków bladych; odczyn Wassermanna również ulegał osłabieniu.

Również Schreiber, Strauss, Dreyfus, Jess, Stern i Mondschein stosowali zgęszczone rozczyny neosalwarsanu, rozpuszczając jego zwykłe dawki 0,3—0,9 w 5—10 cm^3 wody przekroplonej i wyjałowionej; powikłań groźnych ani cięższkich autorowie ci nie spostrzegali, zdarzały się czasem wymioty, podniesienie się ciepłoty, nudności. Zivi, o ile nam wiadomo pierwszy, stosował zgęszczone rozczyny neosalwarsanu przy porażeniu postępującem (0,9 gr na 10 cm^3 wody zwykłej) bez żadnych powikłań. Frühwald stosował neosalwarsan w postaci zgęszczonych rozczynów w kile pierwotnej i drugorzędnej (0,6 gr w 10 cm^3 wody przekroplonej i wyjałowionej, ewent. w wodzie zwykłej wyjałowionej). Wogóle wykonał on 259 wstrzyknięć u 111 chorych, z tego u 93 dożylnie, a u 18 dożylnie i śródmięśniowo. Jedna dawka wynosiła 0,6 neosalwarsanu w odstępach 5-dniowych, tak że w ciągu 10 dni chory otrzymywał 1,8 gr, sam zabieg trwał parę sekund. W niektórych przypadkach po wstrzyknięciu występowały wymioty, w dwóch przypadkach zdarzyło się omdlenie, dosyć często występowały bóle głowy, podniesienie się ciepłoty (w $^1/_3$ przypadków), w kilku przypadkach nawet do 40,3°. Naogół wszelkie te powikłania częściej występowały po pierwszem wstrzyknięciu, niż po następnych.

Prócz rozczynów powyżej przytoczonych, rozpuszczał Frühwald również 0,6 gr neosalwarsanu w 2 cm^3 wody; wstrzykiwania takie były znoszone również bez cięższych powikłań. Oprócz Frühwalda, stosowali również wstrzykiwania neosalwarsanu, rozpuszczając jego dawkę w 2 cm^3 wody Aleksandresen - Dersea, potem Kerl, a u nas Wernic. Aleksandresen-Dersea stosował tak zgęszczone rozczyny w 40 przypadkach, czasem po 5 wstrzyknięć jednemu i temu samemu choremu; powikłań żadnych nie było. Co do techniki rozpuszczania neosalwarsanu, to autor ten nabierał dwugramową strzykawką wody przekroplonej i wyjałowionej i wlewał ją do otwartej fiolki z neosalwarsanem, który prędko się rozpuszczał; rozczyn ten znów wciągano do strzykawki, już gotowy do wstrzyknięcia. Kerl stosował neosalwarsan w 2 cm^3 płynu u 118 chorych; objawy uboczne występowały rzadziej i później, niż przy innych sposobach stosowania neosalwarsanu. Wernic używał do rozpuszczania neosalwarsanu (0,45—0,6 gr.) 2 cm^3 wody zwykłej wyjałowionej; wstrzyknięć takich dokonał w 26 przypadkach do żyły i w 4 przypadkach śródmięśniowo. W pewnej liczbie przypadków występowało podniesienie się ciepłoty do 38,2°, dreszcze, nudności, bóle głowy. Wszystkie te objawy po dwóch dniach ustępowały.

Wszyscy powyżej wymienieni autorowie stosowali do rozpuszczania neosalwarsanu wodę lub rozczyn chlorku sodu. Erich Schubert używa do rozpuszczania neosalwarsanu surowicy krwi samego chorego w ilości 10 cm^3; zwykła dawka neosalwarsanu wynosiła 0,45, chociaż w 1 cm^3 surowicy może się rozpuścić 0,15 neosalwarsanu. Takiego rozczynu neosalwarsanu we własnej surowicy chorego używał Schubert do wstrzykiwań zarówno śródmięśniowych, jak i dożylnych. Chorzy takie wstrzykiwania znosili bardzo dobrze, i nawet ci, którzy po zwykłych wstrzykiwaniach neosalwarsanu miewali rozmaite objawy uboczne, po wstrzykiwaniach z surowicą żadnych powikłań nie wykazywali; tylko w niektórych przypadkach spostrzegano obniżenie się ciśnienia krwi. Technika brania krwi jest zwykła, aseptyczna; krwi bierze się 25—30 cm^3 i pozostawia się ją w spokoju aż do wystąpienia surowicy w wystarczającej ilości. Surowicę zbiera się w sposób aseptyczny, rozpuszcza się w niej potrzebną ilość neosalwarsanu i wstrzykuje się rozczyn jaknajprędzej.

Streszczając dotychczasowe wyniki stosowania zgęszczonych rozczynów neosalwarsanu, widzimy, że nawet tak znaczne zgęszczenia, jak 30—60%, bywają znoszone zupełnie dobrze przez chorych; powikłania bywają rzadsze i mniej ciężkie, niż przy dawnych sposobach wlewania rozczynów neosalwarsanu do żyły. Prócz tego łatwość i szybkość wykonania zabiegu pozwala prowadzić leczenie neosalwarsanem podczas godzin przyjęć lekarzy i w ambulatoryach dla chorych niezamożnych. W ten sposób stosowane leczenie to znajdzie zapewne znacznie większe pole zastosowania, niż dotychczas.

Piśmiennictwo. 1) Ravaut. Presse médicale 1913 Nr 18; Mün. med. Wochenschrift 1915 Nr 11. — 2) Stern. Mün. med. Woch. 1913, Nr 13. — 3) Zimmern. Mün. med. Woch. 1913, Nr 20. — 4) Aleksandresen Dersea. Mün. med. Woch. 1913, Nr 29. — 5) Gurani i Fatjanow. Wraczebnaja Gazeta 1913, Nr 29. — 6) Schreiber. Mün. med. Woch. 1913, Nr 36. — 7) Saalfeld Katz. Mün. med. Woch. 1913, Nr 42. — 8) Jess. Sprawozdania z Mün. med. Woch. 1913, Nr 35. — 9) Strauss. Dermatol. Woch. 1913, Nr 14 i 18; Wraczeb. Gazeta 1913 Nr 49. — 10) Kerl. Wien. klin. Woch. 1913 Nr 50. — 11) Frühwald. Mün. med. Woch. 1913, Nr 45. — 12) Dreyfuss. Münch. med. Woch. 1913, Nr 42. — 13) Wernic. Gazeta lek. 1913 Nr 49. — 14) Erich v. Schubert. Mün. med. Woch. 1913, Nr 52. — 15) Mondschein. Przegląd lek. 1914, Nr 7. — 16) Livi. Rivista sperimentale di freniatria 1913, XXXIX, 3—4.

Oceny.

Prof. Dr Hans Spitzy: **Fizyczne wychowanie dziecka.** (Die körperliche Erziehung des Kindes). (Wiedeń, Urban-Schwarzenberg 1914, stron 516 z 194 ilustracyami).

W obecnej stałej dążności do nadmiernej specyalizacyi, jako korzystny objaw powitać należy książkę prof. Spitzyego, która, aczkolwiek gruntownie omawia cielesny rozwój i wychowanie dziecka, mimo to nie jest skreślona jednostronnie, ale porusza tematy różne i bardzo ważne, przez co wzbudzić musi zajęcie każdego czytelnika bez względu na to, czy jest on laikiem, czy lekarzem. Książka ta ważna jest dla matek, czemu dał wyraz sam autor, dedykując ją: »Der Mutter meiner Kinder«, jednakże również pedagog znajdzie w niej wiele ciekawych szczegółów, lekarz szkolny bogate spostrzeżenia lekarskie, a wychowawca pożądane wskazówki. Pierwszą część dzieła poświęcił autor

rozwojowi dziecka od urodzenia aż do wieku szkolnego, omawiając w łączności z tem różne cierpienia cielesne, jakoteż podając rady, jak im zapobiegać. W drugiej części omawia autor wiek szkolny dziecka, zastanawiając się nad wszystkimi nowoczesnymi postulatami higieny szkolnej i kreśląc barwnie postępy na tem polu w różnych państwach; zwłaszcza szczegółowo opisane są ćwiczenia cielesne, wychowanie fizyczne młodzieży, zasady gimnastyki zdrowotnej i leczniczej, dodatnie i ujemne strony sportów itp. Zajmuje się też Spitzy sprawą kształcenia dzieci szkolnych, słabo cieleśnie lub umysłowo rozwiniętych, kreśli szczegółowo zadania lekarza szkolnego, a wreszcie podaje ważne wskazówki dla rodziców o wychowywaniu dziecka szkolnego w domu. Liczne ilustracye objaśniają bardzo dobrze tekst tej cennej książki, której podstawą były wykłady, jakie autor z polecenia ministeryum oświaty miewał przez trzy lata w klinice dziecięcej w Gracu dla słuchaczów uniwersytetu i dla ciała nauczycielskiego. Klęsk.

Kazimierz Baranowski: 1) **O zbieraniu, suszeniu i przygotowaniu do handlu ziół lekarskich i przemysłowych.** Podręcznik dla plantatorów i zbierających zioła dziko rosnące. Lwów 1913, stron 27. Cena 60 hal. 2) **Mała botanika,** czyli opis roślin dziko rosnących na obszarze ziem polskich, a mających zastosowanie w lecznictwie i przemyśle. Lwów 1914, stron 64. Cena 1 K 40 h.

Od lat wielu nie brak usiłowań ze strony naszych lekarzy, aby grosz, wydawany przez chorych na leki, pozostawał w kraju i aby ożywić i poprzeć produkcyę środków lekarskich na miejscu u nas. Starania komisyi przemysłowo lekarskich, utworzonych przez nasze Towarzystwa lekarskie, nie pozostały też bezowocne, a byłyby z pewnością jeszcze skuteczniejsze, gdyby były znalazły w społeczeństwie grunt podatniejszy, większą przedsiębiorczość i umiejętniejszą pracę. Więc też z pewnością znajdzie wśród naszych lekarzy poparcie także budzący się od niedawna ruch, który zmierza do zorganizowania handlu ziołami lekarskiemi i do rozpowszechnienia ich hodowli w kraju. Do przodowników tego ruchu należy p. Baranowski, nauczyciel ludowy i hodowca ziół lekarskich w Chocimierzu w Galicyi. Nie poprzestając na własnej działalności praktycznej, zabrał się on do propagandy sprawy zapomocą szeregu broszur, z których jedna polecona już została przez Radę szkolną krajową do bibliotek nauczycieli szkół ludowych. Na dowód, że sprawa ta nie jest drobną, że chodzi tu o bardzo poważne korzyści ekonomiczne dla kraju, wystarczy przytoczyć fakt, że w jednym roku 1911 przywieziono z zagranicy do Królestwa polskiego ziół lekarskich za 956.250 kor., a olejków eterycznych za 2,538.000 kor., oraz, że apteki galicyjskie spotrzebowują rocznie do 40.000 kilogramów najużywańszych (dziko rosnących) ziół lekarskich, a prawie całą tę ilość sprowadza się z zagranicy, nie mówiąc już nawet o roślinach lekarskich, wymagających uprawy, o wyciągach, olejkach i t. p.

P. Baranowski zmierza do rozpowszechnienia zbierania i do zorganizowania handlu ziołami dziko rosnącemi, ale obok tego przedewszystkiem do zaszczepienia uprawy roślin lekarskich, bo, jak sam mówi, »żadna gałąź produkcyi rolnej zagranicą w ostatnich dziesiątkach lat nie zrobiła tak wielkich postępów, jak hodowla ziół lekarskich, u nas natomiast nikt dotychczas nie zajmuje się uprawą tych roślin«, wynik zaś zbiorów roślin dziko rosnących ulega wahaniom i nie pozwala całej akcyi oprzeć na podstawach pewnych.

Usiłowania p. Baranowskiego mogą bardzo skutecznie poprzeć lekarze, pracujący na prowincyi, którzy, stykając się z szerokiemi kołami ludności wiejskiej, mają sposobność rozkrzewiać i popierać zdrową myśl, podjętą przez niego. Ich też przedewszystkiem uwadze polecamy broszury p. Baranowskiego, które są doskonale opracowane. Z.

Zapiski lecznicze, nowe leki, sposoby i narzędzia.

Koloidy lecznicze. Rozczyny koloidalne są to właściwie zawiesiny z cząstek ultramikroskopowych. Otrzymuje się je drogą chemiczną lub fizyczną. W świetle przepuszczonem wydają się przezroczyste, w odbitem mętne. Mają one własności katalityczne i zaczynowe, przypominające naturalne zaczyny. Głównie lecznicze zastosowanie znalazły metale, a mianowicie srebro, złoto, platyna, rtęć, żelazo, arsen, miedź, selen. Po wstrzyknięciu rozczynów koloidalnych następuje odczyn ogólny, nieraz dreszcze i podwyższenie ciepłoty. Najrozleglejsze zastosowanie znalazło srebro, elektrargol; jestto płyn bronzowy. Wskazania lecznicze: zapalenia płuc, opłucnej, gruźlica, grypa, zapalenie opon, zakażenia połogowe i ogólne, sprawy ropne, gościec, zapalenie wsierdzia, dur brzuszny i plamisty, cierpienia oczne, uszne, róża, cierpienia dróg moczowych i t. p. Elektrargol wstrzykuje się podskórnie, śródmięśniowo lub śródżylnie; dawka 5 do 15 cm^3., miejscowo zaś w ilości 1 do 50 cm^3. Koloidalne złoto, elektaurol (płyn fioletowy) i platyna koloidalna elektplatinol, znajdują zastosowanie w cierpieniach zakaźnych w dawce 5—50 cm^3. Rtęć koloidalną, elektromercurol (płyn szary) stosuje się w kile i wiądzie rdzenia w dawce 1—5 cm^3. Selen koloidalny, elektroselenium (płyn koralowo-czerwony), wolny od metalicznego selenu, więc nietrujący, znajduje zastosowanie w leczeniu raka. Dawka próbna 2—3 cm^3, potem, gdy chory dobrze go znosi (o ile możności śródżylnie) 5 cm^3; zwykle 20 wstrzyknięć. Miedź koloidalną, elektrokuprol (płyn barwy bronzowej) stosują w raku, gruźlicy. Dawka średnia 5 cm^3. Żelazo koloidalne, elektromartiol (płyn barwy bursztynowej), stosują w niedokrwistości. Dawka około 2 cm^3. Wstrzykiwać należy bardzo wolno, bo w przeciwnym razie wstrzykiwanie jest bolesne. Jod koloidalny, joglysol, w dawce 2 cm^3 stosuje się z tych wskazań, jak jod wogóle. Arsen, thiarsol, stosują w raku, spiączce i z innych wskazań, jak arszenik.

Cena sześciu ampułek wyrobu Clina w Paryżu wynosi w Austryi mniej więcej około 6 koron. K.

Do odkażania skóry przed operacyą, w miejsce drażniącej i wywiązującej nieprzyjemne pary jodu nalewki jodowej, zaleca Herbin z Palermo jothion, mianowicie dwukrotne posmarowanie rozczynem: Rp. Jothion 10,0, glycerini 40,0, spir. (95%) 200,0 (L'Osp. 1913 Nr 1) K.

Przy wrzodach goleni zaleca Florowsky zamrożenie chlorkiem etylu. Z początku zamraża się brzegi wrzodu, a dopiero w miarę gojenia się, środek (Ter. ob. 1913 Nr 24) K.

W oparzelinach świeżych i starszych, trudno gojących się, zaleca Aimes leczenie światłem słonecznem (Gaz. d'hôp. VIII. 1913) K.

W ostrem zapaleniu otrzewnej zachwalają Phelip i Tartois polecone w ostatnich czasach przemywania otrzewnej eterem. (An. de gyn. XII. 1913) K.

Arthigon oddaje dobre usługi w tryprowych zmianach stawów, najądrza i sterczu. Natomiast nie wywiera wpływu na sprawę wiewiórową w cewce. Podniesienie się ciepłoty o 1·5° dowodzi, że stara sprawa jeszcze nie wygasła. (Wien. kl. W. 1914. 5) K.

Łatwy sposób powstrzymywania krwawienia z nosa zaleca Pech. Chory zaciska palcem przy wdechu dziurkę nosa po stronie nie krwawiącej, a wydech wykonuje przez usta. Powtarza się to kilka razy, a wdech robi się 5—8 sekund. Zwykle krwawienie ustaje rychło wskutek obniżenia napięcia w tętnicach, wywołanego napływem krwi do klatki piersiowej, a żywszym odpływem z czaszki. (Franc. Medyc. Nr 4. 1914) K.

Gazę yatren zaleca Schwab do opatrywania ran; yatren jestto przetwór jodu, bezwonny, rozpuszczalny we

wodzie, dobry środek odwaniający, odkażający i pobudzający ziarninę, a także tamujący krew. (M. m. W. 1914, 12) K.

Lampkę elektryczną do oświetlania badanego pola podał Weihman. Trzyma się ją jak fajkę w zębach i przez silniejszy ucisk szczęk zapala, a przez zwolnienie gasi. Bateryа znajduje się w kieszeni lekarza. (M. m. W. 1914, 12) K.

W róży zaleca Parisi smarowanie skóry jodyną na pół z gliceryną (Policl. S. P. 1913, 35) K.

Wydzielina skóry ropuch ma trujące własności, na delikatnej skórze, a zwłaszcza na błonach śluzowych wywołuje silne podrażnienia. Wstrzyknięta podskórnie wywołuje ropienie lub zgorzel, wewnętrznie podana wymioty i biegunki, a wstrzyknięta śróżylnie porażenie oddechu ew. śmierć. Wydzielina ta składa się, według nowszych badań, z różnych białek i ich produktów rozpadowych, z pewnej substancyi aromatycznej, z leucyny i zdaje się z ciał z grupy sapotoksyn. K.

W początkach nieżytu nosa lub oskrzeli zaleca Torri wdychiwać 5—7 razy dziennie (po 4—5 wdechów) pary jodyny. (Policl. S. P. 1913—31) K.

Przy porażeniu nerwu twarzowego zastosował Welty z dobrym skutkiem połączenie tego nerwu z podjęzykowym. Niestety jednak nastąpił potem połowiczy zanik języka, wywołujący lekkie zaburzenie mowy, tak że w przyszłości W. ma zamiar użyć nerwu dodatkowego. (Jour. of. Am. med. Ass. 1914. Nr 8). K.

Bezpośrednie wszczepianie nerwu w porażony mięsień stosował ze skutkiem na królikach Heineke i ma nadzieję, że da się ono zastosować i u człowieka, co wywołałoby ogromny przewrót w dotychczasowem leczeniu porażeń. (Zbl. f. Ch. 1914, 11) K.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Związek polski lekarzy i przyrodników w Petersburgu.

XXVIII naukowe posiedzenie Wydziału lekarskiego w dniu 17 (30) stycznia 1914 r.

dla uczczenia XXX-lecia naukowej i zawodowo-społecznej działalności Doc. Dra Kazimierza Noiszewskiego.

Obecnych członków 40, gości 31. Przewodniczy prezes Prof. Ziemacki.

Otwierając posiedzenie, prezes wita jubilata serdecznemi słowy w imieniu »Związku« i zaprasza na miejsce honorowe.

Protokół ostatniego posiedzenia przyjęto.

I Doc. Dr Stanisław Władyczko wygłosił: »Zarys naukowo-lekarskiej i społecznej działalności Doc. Dra Kazimierza Noiszewskiego«.

Kazimierz Noiszewski urodził się w 1856 r., gimnazyum ukończył w Orle, a uniwersytet (wydział lek.) w Moskwie. Okulistykę studyował w Krakowie u Prof. Rydla, w Wiedniu u Prof. Jaegera i Prof. Borysiekiewicza. Po powrocie do kraju otrzymał pozwolenie otwarcia lecznicy ocznej naprzód w Dynaburgu, a później także w Pohulance. W r. 1900 po obronie rozprawy »O czuciu włosowem« otrzymał w Akademii wojskowo-lekarskiej w Petersburgu stopień Dr medycyny, a w r. 1908 został habilitowany na docenta tejże Akademii przy katedrze chorób ocznych. Doc. Noiszewski jest członkiem-korespondentem warsz. Tow. lek., Ces. wil. Tow. lek., Tow. oftalm. w Petersburgu, Tow. psychiatr. w Petersburgu, członkiem stałym Polskiego Związku lek i przyr. w Petersburgu, prezesem Towarzystwa lek. w Dynaburgu. W r. 1911 otrzymał nagrodę im. Prof. Moczutkowskiego od Towarzystwa lekarskiego wileńskiego za pracę »O stosunku ciśnienia w czaszce do ciśnienia w gałce oka«. Jubilat wydał 132 prac w języku: polskim, rosyjskim, francuskim i niemieckim z dziedziny oftalmologii, psychiatryi, neurologii i ogólno-medycznego charakteru.

Prof. Zaleski na prośbę prezesa odczytuje nadesłane depesze, listy i adresy, a mianowicie:

od Dra Hel. Święcickiego (Poznań), redaktora Dra St. Łazarewicza (Poznań), Prof. Kadera (Kraków), Prof Bellarminowa (Petersburg), prezesa Dra Wojnicza (Wilno), prezesa Stendera, burmistrza miasta Dźwińska Pfeiffera, Profesorów Żukowskiego, Czeczotta, Ostankowa, Jana hr. Zyberg-Platera, mecenasa B. Olszamowskiego, Prof. W. Orłowskiego (Kazań), Dra K. Karnickiego, Dra Birona i innych. Prócz tego nadesłały życzenia: Przegląd lekarski, Nowiny lekarskie, Gazeta lekarska, Towarzystwo lekarskie krakowskie, Towarz. oftalmologiczne petersburskie, Ces. Tow. lek. w Wilnie, Tow. lek. dźwińskie, dźwiński Zarząd miejski, Klinika chorób umysłowych i nerwowych Akademii wojskowo-lekarskiej, Redakcye czasopisma Obozrenje psychiatryi i neurologii, Zarząd lecznicy Dra Konosiewicza, Zarząd uzdrowiska »Pohulanka«, Zarząd dźwińskiego rz. kat. Tow. dobr., szpitala dźwińs. Ziemstwa, dźwiński szpital żydowski, żydowskie Tow. dobr. w Dźwińsku, oraz wielu pacyentów, pacyentek, kolegów, przyjaciół i życzliwych jubilata.

W końcu w imieniu Związku mówił Prof. Zaleski, który scharakteryzował działalność jubilata na wszystkich polach.

Potem zabrał głos sam jubilat, gorąco dziękował za tyle dowodów życzliwości i przystąpił do wygłoszenia swego odczytu.

II. Doc. Dr Kazimierz Noiszewski wygłosił rzecz: **O elektroftalmie.**

Pierwotnem zadaniem elektroftalmu było tłómaczenie wrażeń od świecących i oświetlonych przedmiotów na wrażenia dotykowe. Zadanie to polegało na: 1) powiadamianiu niewidzącego o obecności świecącego, oświetlonego lub ciemnego na jasnem tle przedmiotu; 2) uzdolnieniu niewidzącego do umiejscawiania w przestrzeni świecących oświetlonych lub ciemnych na światłem tle przedmiotów w stanach spokoju i w stanach ruchu. Pomysł elektroftalmu oparty jest na zdolności niektórych ciał do powiększonego przewodnictwa elektrycznego pod wpływem światła. Ponieważ wrażenia cieplne najbliższe są wrażeniom świetlnym, więc pierwszą myślą było tłómaczyć wrażenia świetlne przez wrażenia cieplne. Dlatego, by poznać zdolność skóry do umiejscowienia wrażeń cieplnych, urządziłem przyrząd osobny — topetermoestezymetr, przy pomocy którego wykazałem, że czucie ciepła zdolne jest do umiejscowienia w stopniu nie mniejszym od czucia dotykowego. W tym samym roku, w którym po raz pierwszy doniosłem o elektroftalmie, udałem się na Wystawę wszechświatową w Paryżu w nadziei zrobienia przyrządu, zachęcony przez ś. p. Prof. Mierzejewskiego. Z pomysłem swoim zwróciłem się do Prof. Gałęzowskiego, który skierował mnie do Prof. Charcota przez jego ówczesnego asystenta, a obecnie profesora Babińskiego. Zarówno Charcot, jak i Babiński i Prof. Bouchard przyjęli mój pomysł bardzo życzliwie, a Prof. Charcot obiecał nawet po wykonaniu przyrządu przedstawić go w Akademii. Wykonanie przyrządu tymczasowe nastręczało bardzo wiele trudności. Przedewszystkiem brat Prof. Babińskiego, inżynier, namówił mię, by wziąść patent na wynalazek, a to dlatego, że ktoś może pochwycić pomysł i wyzyskać go nietylko ekonomicznie, ale i przyswoić tę samą ideę wynalazku*). Następnie okazało się, że w całym Paryżu tylko jedna firma Ducretet znała się na selenie, ale i ta zgadzała się przystąpić do pracy nad przyrządem tylko pod warunkiem wyasygnowania 20,000 franków na pracę próbną. Tymczasem pobyt mój w Paryżu miał się ku końcowi i nie pozostawało mi nic innego, jak pracować dalej samemu i własnymi środkami. Wówczas to, badając wciąż skórę na czole, znalazłem dwa nowe rodzaje czucia na skórze, mianowicie czucie włosowe i czucie gruczołowe. W r. 1899 komitet pierwszego wszechrosyjskiego Zjazdu elektrotechnicznego zwrócił się do mnie, prosząc o wykład o elektroftalmie,

*) Zdarzyło się to o wiele później.

a wcześniej jeszcze Edison przez swego konsula w Moskwie prosił również o informacye o elektroftalmie przez Dra Łożecznikowa. Pomysł mojego przyrządu nie zadowolił Edisona, który dążył, o ile wiem, do przenoszenia obrazów świetlnych wprost do mózgu przy pomocy promieni Roentgena. Podobno przy tych doświadczeniach zarówno Edison, jak i asystent jego mocno ucierpieli na zdrowiu, a szczególniej na wzroku. W tym samym roku, kiedy odbywał się Zjazd elektrotechniczny w Petersburgu, ukazał się artykuł w Kuryerze warszawskim (Nr 267 z d. 15 (27) września 1899 r.) o odkryciu elektryka rosyjskiego Piotra Stiensa. Według Kuryera warsz. Piotr Stiens był wówczas w Anglii kierownikiem pracowni elektrycznej Ci, którzy uczestniczyli w próbach wzroku elektrycznego P. Stiensa, opowiadają, co następuje: W ciemnym zupełnie pokoju zawiązano im oczy. Po połączeniu z przyrządem ciemność ta stopniowo się rozpraszała tak, że mogli nietylko widzieć i rozpoznawać dokładnie przedmioty, ale i czytać drobny druk. Opuściłem mnóstwo rzeczy nieprawdopodobnie naiwnych, ale zwracam uwagę na jedną tylko okoliczność, że wszak sam Piotr Stiens i osoby uczestniczące w jego próbach, jakkolwiek znajdowały się w ciemnym zupełnie pokoju, to jednak były to osoby widzące, posiadające wrażliwe na światło siatkówki; oczywiście inaczejby było z osobami pozbawionemi wzroku, o czem zapomniał nietylko Stiens i osoby uczestniczące w próbach, ale i korespondent Kuryera warszawskiego. Przyrząd dla osób pozbawionych wzroku może być oparty na tłómaczeniu wrażeń wzrokowych na wrażenia innego zmysłu. Jeżeli osobnik nie może już okiem odczuwać przedmiotów, to należy dać mu możność odczuwania wrażeń wzrokowych przez słuch lub dotyk. Elektroftalm składa się z siatkówki selenowej, młynka elektrycznego, przy szybkim obrocie wydającego ton, i soczewki; przy uchu zaś płaski telefon. Ton odczuwany jest tylko wtedy, gdy przyrząd ustawiony jest na światły lub świecący przedmiot. Daje to możność i bez pomocy wzroku rozpoznawać, gdzie się znajduje światło i świecące przedmioty na ciemnem tle lub ciemne na jasnem tle. Światła są rozpoznawane jako wydające ton, ciemne na jasnem tle jako wydające ton tylko do granicy ciemnego przedmiotu i brak tonu w tem miejscu, gdzie się znajduje przedmiot ciemny. (Streszczenie własne).

Prezes w imieniu Zgromadzenia składa prelegentowi serdeczne podziękowanie za zajmujący i pouczający odczyt i zamyka posiedzenie. Sekretarz: Zdzisław Sowiński.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Otrzymujemy następującą odezwę, skierowaną do wszystkich Zarządów zdrojowych i lekarzy:

»Nasza literatura zdrojowa przedstawia materyał tak różnorodny i rozrzucony, nie objęty żadnym spisem, że tworzenie jakiejś pracy syntetycznej, porównawczej, czy monograficznej, spotkać się musi z wielkiemi trudnościami. Aby temu zapobiedz, należy wszystkie dzieła, tyczące się naszych zdrojowisk i uzdrowisk, zebrać w całość bibliograficzną. I to nietylko dzieła z zakresu medycyny, ale także fizyografii wogóle, etnografii, turystyki i t. p. Prócz dzieł naukowych tworzą dla badacza cenny materyał wszelkie zapiski, artykuły i wzmianki w prasie peryodycznej. Podpisany pracuje drugi rok nad zebraniem całego tego materyału. Bibliografia zdrojowisk i uzdrowisk, z całego obszaru ziem dawnej Rzeczypospolitej zebrana, wynosi już pokaźną liczbę przeszło 5000 dzieł. Duże jednak są jeszcze braki. Mimo kilkakrotne odezwy do Zarządów zdroj. otrzymał podpisany materyał bardzo skąpy lub w wielu przypadkach głos jego został bez odpowiedzi. Niniejszem zatem zwraca się podpisany do wszystkich Zarządów zdroj., właścicieli zdrojowisk i uzdrowisk z prośbą o ła-

KNOLL & Co.
LUDWIGSHAFEN a/Rh.

Triferrin

z 16% żelaza i 2½% fosforu; w połączeniu z arsenem jako

Arsen-Triferrin

(Kołaczyk Arsen-Triferrin zawiera 0·0003 g. arsenu).

Środek wzmacniający

przy błędnicy, niedokrwności, ozdrowieniu, skrofulozie, krzywicy i innych stanach osłabienia. Bez zaburzeń żołądkowych, ponieważ nierozpuszczalny w soku żołądkowym, natomiast w jelicie rozpuszczają się oba przetwory łatwo i ulegają doskonale wessaniu.

Rp. Triferrin-Tabl. po 0·3 g lub
Arsen-Triferrin-Tabl. po 0·3 g
Nr. XXX. (K 1·25) Opak. oryg. Knoll.

3 razy dziennie 1 kołaczyk (po 0·05 Fe) lub 0.3 jako proszek. Kołaczyki te poleca się rozżuć i popić nieco wody.

skawe nadsyłanie mu materyału bibliograficznego, t. j. tytułu dzieła, nazwy autora, roku wydania, drukarni, ilości stron, formatu książki czy broszury lub numeru, nazwy i roku pisma, w którem się jakiś artykuł lub choćby wzmianka o danem zdrojowisku znajduje. Prócz tego prosi podpisany PP. lekarzy o podanie mu podobnych dat, dotyczących dzieł ich o zdrojowiskach. Wreszcie w imię rozwoju zdrojowisk naszych prosi podpisany o skrzętne notowanie wszelkich wzmianek i artykułów dziennikarskich, jakie się o zdrojowiskach naszych pojawiały i pojawiać będą. August Teodorowicz, dyrektor Szczawnicy«.

— Dyplom doktorski uzyskała p. Bronisława Plachte z Krakowa.

Warszawa. Na porządku dziennym posiedzenia Wydziału II. Towarzystwa naukowego warszawskiego w d. 24. IV. b. r. znajdował się m. i. komunikat p. K. Stołyhwy: »W sprawie narodowości Dr J. Majera, pierwszego profesora antropologii na uniwersytecie krakowskim«.

— Towarzystwo higieniczne warszawskie ogłosiło swe sprawozdanie za r. 1913 w ostatnim zeszycie (Nr 4) »Zdrowia«. Z ważniejszych spraw, któremi Towarzystwo w roku tym się zajmowało, wymienić należy budowę własnego gmachu w Warszawie, budowę gospody, kąpieli i pralni dla pątników w Częstochowie z fundacyi p. Kierbedziowej i zorganizowanie wykładów, dotyczących strony higienicznej samorządu miejskiego, oraz ubezpieczenia robotników. Wydziały Towarzystwa w Warszawie i oddziały prowincyonalne pracowały podobnie, jak w latach poprzednich. Bilans Towarzystwa zamknięto kwotą 51.884 rb. rachunek strat i zysków kwotą 3426 rb. W ogrodach im. Raua było w r. 1913 — 842.097 dzieci (w r. 1912 — 813.929), ogrody te więc coraz więcej się rozwijają; takiż postęp wykazuje instytut higieny dziecięcej im. Lenvala. W sanatoryum w Rudce leczono 237 chorych; w sanatoryum tem rozpoczęto budowę drugiego skrzydła.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 20. IV. do 27. IV. 1914 przypadków: ospy 4 † —, płonicy — † —, róży — † —. Dr Trenkner.

Mianowani: patolog prof. Merkel z Erlangen profesorem medycyny sądowej w Monachium; higienista doc. Erlandsen i chirurg doc. Lendorf profesorami w Kopenhadze; fizyolog prof. Bethe z Kiel profesorem we Frankfurcie.

Bibliografia.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in 12 Monatsheften. 1914. (Monachium, J. F. Lehmann). Zesz. 4. Cena 2 mk.

Kwietniowy, urologiczno-dermatologiczny zeszyt »Kursów«, zawiera w tym roku rozprawy następujące: 1) Prof. Meyer i Dr Jungmann: Unerwienie nerki. 2) Prof. Oberländer i Dr Böhme: Choroby sterczu. 3) Ciż: Przegląd urologiczny. 4) Prof. Joseph: Przegląd postępu dermatologii i syfilidologii. 5) Boltenstern: Przegląd za I kwartał 1914.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w kwietniu 1914.

Gazeta lekarska. Nr 14—18. Popielska i Schusterówna: Marskość zanikowa wątroby u dzieci na tle zatrucia alkoholem (14). — Sokołowski: W sprawie klasyfikacyi suchot płucnych (14). — Sterling: Odpowiedź na »Uwagi« Dr Sokołowskiego (14). — Kijewski: Ś. p. prof. Julian Kosiński (15). — Truszkowski: Przypadek zaciśnięcia jelit cienkich w całości (15). — Higier: Przyczynek do kliniki postaci rodzinnych choroby Wilsona i pseudosklerozy Westphal-Strümpla (16—17). — Palmirski i Karłowski: Wyniki szczepień zapobiegawczych według metody Pasteura w r. 1912. (16). — Wimut: Z powodu pracy Popielskiej i Szusterównej p. t. »Marskość zanikowa« etc. (16). — Malinowski: O dermatomykozach (17—18).

Medycyna i Kronika lekarska. Nr 14—17. Solman: Ś. p. Julian Kosiński (14). — Danysz: Badania z chemoterapii. Połączenia soli srebra ze związkami arsenu w leczeniu świdrowic doświadczalnych u zwierząt i przymiotu u ludzi (14). — Higier: Przyczynek do rozpoznania różniczkowego rzadkich postaci kurczów tonicznych wieku dziecięcego (15). — Dobrowolski: Kilka słów o dziedzicznym przymiocie ucha (15). — Hirszfeld: Badania epidemiologiczne nad wolem nagminnem (16). — Zienkiewicz: Choroba Basedowa a gruczoły sutkowe (16). — Jakimiak: Z kazuistyki chirurgicznej (r. 1911/12) (16). — Biehler: Kilka słów w sprawie gojenia się ran u trędowatych (17).

Tygodnik lek. Nr 14—17. Mikulski: Badania nad tętnieniem mózgu człowieka (14—15). — Herman: Kilka wykładów o wolnem przeszczepianiu i o włączaniu w krążenie tkanek, gruczołów, narządów i kończyn (14—17). — Schusterówna: Przyczynek do kazuistyki guzów okolicy krzyżowej (16—17). — Selzer: O szczepionce Friedmanna jako środku leczniczym i ochronnym w gruźlicy (17).

Lekarz wileński. Nr 3: Ś. p. prof. Kosiński. — Sztolcman: Nowy pawilon izolacyjny przy szpitalu miejskim w Wilnie (z planem). — Przedpełska: Przypadek tężca u 9-letniego chłopca leczony surowicą przeciwtężcową. — Tupalski (dok.). — O reglamentacyi, jako środku walki z prostytucyą. — Zahorski: Ze sprawozdania Towarzystwa doraźnej pomocy w Wilnie.

Przegląd pedyatryczny, Tom VI. Zesz. 2.: Brudziński: Szpital im. Karola i Maryi dla dzieci w Warszawie. (Urządzenia i zarządzenia, związane z zapobieganiem chorobom zakaźnym).— Schoenaich: Śmiertelność w płonicy, a wiek dzieci. — Koral: Śmiertelność w płonicy, a wiek dzieci w szpitalu starozakonnych w Warszawie. — Bukowska: Przypadek płodowego zboczenia wzrostu chrząstek, powikłany objawami nabytego obrzęku śluzowatego.

Nowiny lek. Nr 4: Chłapowski: Kwestya alkoholowa ze stanowiska lekarskiego. — Dziembowski: O wpływie odżywczym ustroju nerwowego na organizm ludzki. — Palmirski: Cholera ze stanowiska epidemiologii, biologii i higieny publicznej.

Pamiętnik Towarzystwa lek. warsz. Tom 110. Zesz. 1. Nowicki: Otwór górny klatki piersiowej w świetle badań anatomicznych i stosunek jego do gruźlicy płuc pochodzenia szczytowego.

Przegląd higieniczny: Nr 4.: Kuhn: O zwalczaniu chorób zakaźnych.

Zdrowie. Nr 4. K. Zaleski: Dr Henryk Dobrzycki (życiorys). — Tuz: Działalność Dr H. Dobrzyckiego w Zakładzie sławuckim. — Mowy na pogrzebie Dr Dobrzyckiego. — Themerson: Inspekcya sanitarno-mieszkaniowa. — Hamczyk: Wyniki badania inteligencyi wychowańców zakładu w Studzieńcu. — Sprawozdanie warszawskiego Towarzystwa higienicznego za r. 1913.

Kronika dentyst. Nr 1.: Hofung (c. d.).

Przegląd zdrojowo-kąpielowy Nr 1. Wąsowicz: Wskazania lecznicze dla naszych zakładów zdrojowo-kąpielowych.

Głos lekarzy Nr 8. Prof. Mars: O stan zdrowotny kraju. — Deontologia zdrojowa.

Słowo lek. Nr 7. Klauber: Nowela do ustawy o podatku osobisto-dochodowym. — Kadyi: Sprawa lekarzy więziennych. — Kostanecki: Leonardo da Vinci jako anatom.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

Walne zgromadzenie galicyjskiej Kasy dla chorych lekarzy we Lwowie odbędzie się **dnia 23. maja 1914** o godzinie 6 wieczorem **we Lwowie,** w lokalu polikliniki powszechnej (ul. Lindego 5). Porządek dzienny: 1) Sprawozdanie z ubiegłego roku, sekretarz Dr Lilien. 2) Sprawozdanie kasowe, skarbnik Dr Świątkiewicz. 3) Sprawozdanie komisyi kontrolującej. 4) Wniosek wydziału w sprawie przyjmowania kobiet-lekarek. 5) Ewentualne wnioski członków. W razie braku kompletu następne zgromadzenie odbędzie się w ten sam dzień o godzinie $6^1/_2$ wieczorem bez względu na ilość obecnych.

Dr Lilien, sekretarz. Dr Papée, przewodniczący.

Karlsbad **Dr med. ADAM MACIĄG** b. asystent c. k. kliniki chorób wewn. Uniw. Jagiel. ordynuje jak lat ubiegłych Dom »KRONENAPOTHEKE« (przy Mühlbrunie).

IWONICZ **Dr STAUBER** ordynuje jak zwykle od 20 maja.

Szczawa **Krondorfska** uznana za najlepszą i naturalną.

Najlepsze skutki w nieżytach żołądka i pęcherza, jakoteż dróg oddechowych.

Prospekty rossyła na żądanie Brunnen-Unternehmung Krondorf bei Karlsbad lub też Generalna reprezentacya dla Galicyi i Bukowiny, Kraków, Grodzka 48. Lwów, Sykstuska 31.

Rok LIII. Kraków, dnia 9 maja 1914. Nr 19.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Zaburzenia odżywiania u niemowląt.

(Wykład kliniczny).*)

Podał

Prof. Dr Ksawery Lewkowicz.

Nieżyty żołądkowo-jelitowe niemowląt lub, jak je obecnie wielu autorów, mianowicie niemieckich, nazywa, zaburzenia odżywiania, zaprzątały oddawna w wysokim stopniu umysły pedyatrów. Nic dziwnego, chodzi przecież o dział bardzo ważny, może najważniejszy z całej nauki o chorobach dziecięcych, przytem dział najściślej i najwyłączniej do tej nauki przynależny. O ważności tych spraw świadczy najlepiej okoliczność, że z przypadków śmierci na choroby żołądkowo-jelitowe $^3/_4$ przypada na niemowlęctwo, a w niemowlęctwie znów samem śmiertelność w $^3/_4$ od nich właśnie zależy.

Pojęcia nasze o nieżytach żołądkowo-jelitowych i niestrawnościach niemowląt ulegały z biegiem czasu wielokrotnie zmianom, zależnym w znacznej mierze od prądów, panujących równocześnie w innych działach medycyny. Ciągle natrafiano na nieprzebyte trudności i ciągle szukano nowych dróg. Toteż przed niedawnym jeszcze czasem w całym chaosie podziałów, określeń, nazw, wyników badań, przypuszczeń i teoryi nie można się było wogóle zoryentować. Najlepszym dowodem zawiłości przedmiotu była okoliczność, że podręczniki, traktujące szczegółowiej te sprawy, a wychodzące zeszytami, takie, jak podręcznik Czernego i Kellera, lub Finkelsteina, na zaburzeniach odżywiania na długo utykały.

W ostatnich kilkunastu latach pracowano nad rozwiązaniem całego szeregu zagadnień, łączących się z zaburzeniami odżywiania, bardzo usilnie i prace te mogą się poszczycić wybitnymi wynikami. Prawie wyłącznie chodzi tu o prace autorów niemieckich: Czernego, Heubnera, Finkelsteina i ich uczniów. Z wynikami właśnie tych prac chciałbym Panów zapoznać, a jest to wskazane tembardziej, że chodzi tutaj o rzeczy ważne nietylko dla pedyatry, ale mające niewątpliwie poważne ogólne znaczenie. W zakresie bowiem odżywiania ustrój niemowlęcia, nadzwyczaj wrażliwy na wpływy pokarmowe, odgrywa, o ile się można tak wyrazić, rolę czułego odczynnika lub czułego przyrządu. Odpowiada on z wielką stosunkowo stałością i znacznemi wychyleniami nawet w takich okolicznościach, w których ustrój dojrzalszy, jako mało czuły, nie zostaje wyprowadzony z równowagi. Ta okoliczność ułatwia oczywiście znakomicie systematyczne badania. Różnica nie jest jednak bezwzględna. I ustrój dojrzały może w pewnych warunkach, n. p. po przebyciu pewnych chorób zakaźnych, lub gdy jest dotknięty pewnemi wadami ogólnemi, okazywać większą wrażliwość, podobną do niemowlęcej, a wtedy zdobycze pedyatryi mogą się bardzo przydać lekarzowi do zrozumienia spraw, które się mogą rozwinąć i do zastosowania odpowiedniego postępowania. Wspomnieć wreszcie muszę, że niektóre przypuszczenia, wypowiedziane ostatnimi czasy, n. p. tyczące się gorączki pokarmowej, o ile się utrzymają, oddziałać muszą wybitnie na pewne nasze ogólne pojęcia patologiczne.

Należy jednak pamiętać, że znajdujemy się ciągle jeszcze w okresie usilnej pracy badawczej i twórczej. Ostatnie słowo nie zostało tu jeszcze wypowiedziane, wiele szczegółów jest niejasnych, wiele przypuszczeń niedostatecznie ugruntowanych. Niejedno jeszcze przez dalsze badanie zostanie obalone i zastąpione czem innem, jak się to działo i dotychczas; nie ulega jednak także wątpliwości, że znaczna część zdobyczy z ostatnich czasów pozostanie naszym trwałym dobytkiem.

* * *

Choroby żołądkowo-jelitowe niemowląt nie stanowią grupy etyologicznie jednolitej. Musimy tu przedewszystkiem wyłączyć dział zakaźnych chorób żołądkowo-jelitowych takich, jak dur brzuszny, paratyfus, czerwonka, cholera i jak mniej dokładnie zbadane sprawy zapalne, polegające na zakażeniach paciorkowcami, prątkami kałowymi itp. Nie będziemy się niemi wcale zajmować; wspomnę tylko, że objawy tych chorób nie są oczywiście pochodzenia pokarmowego, to też przez zmiany w pokarmie doprowadzanym nie można na nie wybitniej oddziaływać. Przedmiot, którym się mamy zająć, to właściwe dla wieku niemowlęcego zaburzenia odżywiania w pojęciu Czernego i Kellera, zaburzenia, rozwijające się pod bezpośrednim wpływem pokarmu, i to nawet wtedy, gdy pokarm jest nierozłożony i gdy nie wchodzi w grę żadna sprawa zapalna lub zakaźna przewodu pokarmowego.

*) Wygłoszony w Towarzystwie lekarskiem krakowskiem 16. kwietnia 1913.

Klinicznie, jeżeli za podstawę opisu weźmiemy skrajnie czysty typ, jaki rozwija się przy użyciu mleka krowiego pełnego, lub rozcieńczonego wodą słabo ocukrzoną, sprawa przedstawia się jako postępujące wyniszczenie, tak że w końcu powstaje obraz, znany pod nazwą zaniku niemowlęcego (atrophia infantum). Ponieważ jednak obraz zaniku może być u niemowlęcia, podobnie jak u dorosłego stan charłaczy, zejściem spraw różnorodnych, więc na określenie zaburzeń odżywiania, wiodących do zaniku, należało użyć osobnej nazwy. Finkelstein podał też rzeczywiście — według mego zdania zresztą niezbyt szczęśliwą — nazwę: »decompositio alimentaris«, niszczenie pokarmowe. Przez nazwę tę chciał on wyrazić, że tu pokarm działa na ustrój dziecka chorego wprost rozkładająco, niszcząco, lub, co na jedno wychodzi, że ustrój pod wpływem pokarmu rozkłada się, niszczeje.

W zaburzeniu tem można, według Finkelsteina, odróżnić trzy stopnie, a zarazem trzy okresy chorobowe: pierwszy wstępny, zwiastunowy, gospodarki wadliwej lub niedomagania gospodarki (nazwa niemiecka »Bilanzstörung« znów jest, mojem zdaniem, niebardzo szczęśliwie dobrana), drugi — niestrawności (stadium dyspepticum) i trzeci — właściwego niszczenia pokarmowego (decompositio alimentaris).

W okresie wstępnym gospodarka składnikami pokarmu niedomaga. Okazuje się to już choćby z zachowania się ciężaru ciała: krzywa ciężaru podnosi się znacznie wolniej, aniżeli w warunkach prawidłowych i okazuje znaczniejsze wahania, nagłe skoki i spadki, świadczące, że przybudowa ustroju, narastanie właściwej substancyi ciała, nie odbywa się w sposób trwały, solidny. Także rozbudowa, rozszczepianie nie przebiega prawidłowo, o czem można wnosić ze znaczniejszych wahań ciepłoty ciała.

Ostateczny bilans tej gospodarki, wyrażający się w jakości tkanek i sprawności narządów, niema pełnej wartości: dziecko nietylko jest chude, ale tkanki jego są wiotkie, siła mięśniowa mała, odporność na zakażenie obniżona, usposobienie przygnębione, sen płytki, niespokojny.

Wyraźniejszych objawów żołądkowo-jelitowych może nie być zupełnie. Przeważnie jednak stolce są nieco wolniejsze, lub przeciwnie zbitsze, a w typowych przypadkach tłuszczowo-mydlane, podobne do kitu szklarskiego, złożone w głównej swej masie z mydeł ziem alkalicznych, połączeń kwasów tłuszczowych z wapnem i magnezyą.

Bardzo cechującem jest oddziaływanie dziecka chorego na pewne zmiany w pokarmie. Dziecko przy podawaniu pokarmu zawierającego mało tłuszczu, a bogatego w węglowodany, zatem n. p. maślanki (z odpowiednimi dodatkami mąki i cukru) lub polewki słodowej, może się zachowywać, jak dziecko zdrowe. Gdy jednak pewną część tego pokarmu zastąpimy śmietanką i w ten sposób doprowadzimy większą ilość tłuszczu, podnoszenie się ciężaru natychmiast ustaje. Mamy tu przed oczyma typowe oddziaływanie opaczne na pokarm (paradoxe Reaktion). Znane ono już było po części Czernemu i Kellerowi, ale dopiero przez Finkelsteina podniesione zostało do znaczenia ogólnego objawu przy wszystkich zaburzeniach odżywiania. W danym przypadku tłuszcz, ten składnik pokarmowy »par excellence« tuczący, wywołuje zastój w podnoszeniu się ciężaru ciała.

Tylko małe ilości tłuszczu mogą być prawidłowo przerobione i wyzyskane, t. zn. podane nie wywołują niepożądanych objawów. Określamy to krótko, mówiąc, że tolerancya na tłuszcz jest obniżona. I znowu mamy tutaj pojęcie, znane wprawdzie z fizyologii i ogólnej patologii, ale zastosowane świeżo do systematycznego studyowania zaburzeń odżywiania, pojęcie tolerancyi.

Na stopniu niedomagania gospodarki zatrzymuje się niekiedy sprawa bardzo długo, niema bowiem jeszcze charakteru wybitnie postępującego. U dzieci jednak wrażliwych, szczególniej u niemowląt w pierwszych tygodniach życia, okres ten może być bardzo krótki, tak że choroba zaczyna się pozornie odrazu niestrawnością.

Okres niestrawności zaznacza się wystąpieniem wybitniejszych objawów żołądkowo-jelitowych. Zjawiają się przedewszystkiem stolce dyspeptyczne: oddziałują one kwaśno, są mniej lub więcej wodniste, częstsze, przytem są niejednolite, częściowo śluzowe, częściowo złożone z grudek żółtawo-szarych, dawniej uważanych za niestrawiony sernik. Stolce te określamy jako stolce zwarzone, przypominają bowiem kawę ze zwarzoną śmietanką. Towarzyszą tym stolcom wzdęcia, gazy, bóle morzyskowe, niekiedy także wymioty.

Inne objawy niewiele się różnią od tego, co widzieliśmy przy niedomaganiu gospodarki. Ciężar ciała nie idzie w górę; przy próbie otrzymania przyrostu przez podawanie stosownych ilości (100 kaloryi na kilogram wagi dziecka) objawy niestrawności zaostrzają się, następuje zatem wybitne oddziaływanie opaczne, przycichają zaś, gdy podamy ilości skąpe, do prawidłowego rozwoju nie wystarczające. Ciepłota ciała okazuje znaczniejsze wahania, a średnia jej przesuwa się z reguły ku górze.

Pojawienie się niestrawności ma w rozwoju cierpienia według Finkelsteina bardzo wielkie znaczenie. Dopiero niestrawność stwarza warunki do powstania objawów groźnych, objawów właściwego niszczenia lub zatrucia pokarmowego.

W okresie niszczenia dziecko zachowuje się tak, jakby energia jego w zakresie trawienia i odżywiania była zupełnie wyczerpana. Ciężar ciała zaczyna opadać, początkowo wolno, potem coraz gwałtowniej aż do zejścia śmiertelnego. Spadki mogą w końcu wynosić 100 gr. dziennie i więcej. Rozwija się szybko obraz zaniku. Trzeba podnieść z naciskiem, że opadanie ciężaru ciała odbywa się nie mimo karmienia, ale właśnie skutkiem karmienia. Pokarm doprowadzany, a ze składników pokarmu w pierwszym rzędzie tłuszcz wywołuje to opaczne oddziaływanie. Przeciwnie przez ograniczenie, albo usunięcie na pewien czas podawania pokarmu można, przynajmniej w przypadkach niezbyt daleko posuniętych, powstrzymać to opadanie ciężaru.

Z innych objawów ważne jest obniżenie ciepłoty ciała (hypotermia), rzadkość tętna, rzadkość oddechów i wydłużenie wydechu. Objawy niestrawności trwają w dalszym ciągu.

Jako ostatni obraz kliniczny pozostaje wreszcie do omówienia zatrucie pokarmowe, lub, jak się wyrażają Czerny i Keller, toksykoza pokarmowa. Chodzi tu w pojęciu Finkelsteinowskiem tylko o pewien rodzaj oddziaływania opacznego na pokarm. Pojawia się ono głównie przy karmie-

niu mieszankami, zawierającemi mało tłuszczu, a bogatemi w serwatkę krowią i cukry, n. p maślanką ze znacznym dodatkiem mąki (15%) i cukru trzcinowego (6%).

Na całkowity obraz kliniczny zatrucia pokarmowego składa się dziewięć objawów: gorączka, leukocytoza, spadek ciężaru ciała, objawy żołądkowo-jelitowe, przyćmienie przytomności, zapad, wielkie oddychanie, cukromocz pokarmowy, wreszcie białkomocz i cylindrurya. Obraz niezawsze jest pełny, możliwe są szczątkowe postacie, a więc sama gorączka pokarmowa, lub gorączka pokarmowa z niektórymi innymi, mniej lub więcej wybitnymi objawami zatrucia. Przytem objawy w różnem natężeniu mogą się różnie kombinować i wytwarzają w ten sposób kilka postaci klinicznych: postać cholerowatą, durowatą, śpiączkową, mózgowo-oponową, dychawiczą, bezdechową i zapadową.

Tego rodzaju stany, przy których jednym z zasadniczych objawów jest gorączka, przyzwyczailiśmy się uważać za wynik działania mikrobów, t. j. odnosić zawsze do zakażenia. Mówiło się też rzeczywiście dawniej o ostrym nieżycie, lub o zapaleniu żołądkowo-jelitowem, o cholerynie niemowlęcej. Dopiero badania Finkelsteina i jego uczniów zachwiały tem pojmowaniem i sprowadzą zupełny przewrót, jeżeli wypowiedziane zapatrywania zdołają się wobec przyszłych dociekań utrzymać.

Finkelstein zwrócił przedewszystkiem uwagę na to, że obraz kliniczny zatrucia wcale nie odpowiada obrazowi choroby zakaźnej. I rzeczywiście, jeżeli się widzi dziecko w typowem zatruciu z zaburzeniem przytomności, zapadem, a przedewszystkiem z wielkiem oddychaniem, to musi się przyznać, że obraz ten przypomina w pierwszym rzędzie takie katastrofy w przebiegu chorób przemiany materyi, jak śpiączkę cukrzyczą, lub dychawicę mocznicową.

Drugim ważnym szczegółem jest okoliczność, że objawy są w ścisłej zależności od doprowadzania pokarmów, czego w tej mierze przy chorobach zakaźnych nigdy nie widzimy. W przypadkach świeżych zastosowanie dyety wodnej, zatem herbaty osłodzonej sacharyną, usuwa objawy zatrucia w przeciągu jednej doby. Ze składników pokarmu zatruwająco działa przedewszystkiem cukier, wogóle węglowodany, jeżeli są podane w mieszance z mleka, w serwatce. Tłuszcz działa tylko wtórorzędnie, gdy już istnieją choćby ślady zatrucia wywołanego węglowodanami, sernik zaś jest zupełnie obojętny.

W przypadkach zaniedbanych, gdzie sprawa podstawowa, t. j. niszczenie pokarmowe dalej postąpiło, a tolerancya znacznie opadła, dyeta wodna nie ucina tak ostro objawów. Ustąpienie zatrucia odbywa się wolno, albo nawet do zupełnego stłumienia objawów nie dochodzi. Tolerancya na cukier jest wtedy według Finkelsteina tak obniżona, że już cukier, powstający przy rozszczepianiu białka ustroju, odbywającem się zawsze w pośredniej przemianie materyi, nawet w czasie głodzenia, wystarcza do wywołania objawów zatrucia. Toteż widzimy często, że w końcowym okresie niszczenia pokarmowego do objawów niszczenia przyłączają się, nawet przy podawaniu pokarmów zawierających mało cukru, objawy zatrucia. Objawy niszczenia i zatrucia mogą się więc ze sobą kombinować, a o ile wychylenie jest przeciwne, n. p. co do ciepłoty, wzajemnie znosić.

Zatrucie stanowi u dziecka z niszczeniem pokarmowem powikłanie bardzo groźne, bardzo często kończące się niepomyślnie. Jeżeli jednak dziecko poprzednio nie było znaczniej uszkodzone niszczeniem pokarmowem, a zatrucie rozwinęło się tylko skutkiem przekroczenia tolerancyi przez nadmierne doprowadzenie nieodpowiednich pokarmów, to stan ten daje się łatwo i szybko usunąć i sam przez się większego uszkodzenia po sobie nie pozostawia.

Takby się przedstawiały w grubych zarysach objawy chorobowe, obraz kliniczny i przebieg choroby przy zaburzeniach odżywiania. Zajmiemy się teraz etyologią i patogenezą tych zaburzeń.

Według naszego obecnego pojmowania sprawy chodzi tutaj o zaburzenia czynnościowe, funkcyonalne, będące wynikiem niestosunku pomiędzy pracą, narzuconą niemowlęciu przez podanie pokarmu, a sprawnością, którą ustrój niemowlęcia, mianowicie jego przewód pokarmowy, rozporządza. Inaczej mówiąc chodzi o następstwo niestosunku pomiędzy ilością podanego pokarmu, a tolerancyą na ten pokarm, o następstwo przekroczenia tolerancyi.

W etyologii zaburzeń odżywiania chodzi zatem o wartości względne, a nie o ilości bezwzględne. Musimy tu brać w rachubę w ich wzajemnym stosunku trzy czynniki: zapotrzebowanie pokarmu przez niemowlę, ilość pokarmu dostarczanego i tolerancyę niemowlęcia na ten właśnie pokarm. Ażeby módz łatwo zestawiać ze sobą stosunki przy użyciu różnych pokarmów, wskazanem jest, żeby wszystkie czynniki wyrażać nie w ciężarach bezwzględnych, lub objętościach pokarmu, lecz w kaloryach na kilogram wagi dziecka, jak się to stało w przedstawieniu graficznem tych stosunków w schematach Pirquetowskich.

Zajmiemy się najprzód zapotrzebowaniem.

Jeżeli niemowlęciu 1—2-miesięcznemu będziemy podawać mleko kobiece — i to z flaszki, aby módz dowolnie zmieniać ilości, — to przekonamy się, że trzeba podać na kilogram wagi niemowlęcia około 67 kaloryi, czyli 100 gramów (dziecku zatem, ważącemu 4 kilogramy, 400 gramów), jeżeli ciężar ciała ma się utrzymywać na równi. Przy podaniu ilości mniejszej ciężar będzie opadać. Jestto zatem minimum zapotrzebowania, wystarczające zaledwie do utrzymania ciężaru ciała, nie mogące jednak niemowlęciu zapewnić prawidłowego rozwoju. Dopiero, gdy ilość tę podniesiemy do 100 kaloryi na kg. (150 gr mleka), ciężar zacznie się podnosić prawidłowo. Jestto optimum dowozu pokarmu, właściwe zapotrzebowanie. Gdy tę ilość będziemy w dalszym ciągu podnosić, stwierdzimy, że ciężar ciała nie będzie wzrastać stromiej, ilość badana jest zatem fizyologicznie bezużyteczna. Przy dalszem dodawaniu ilości dodane stają się nawet widocznie szkodliwe, działają opacznie, gdyż ciężar ciała zaczyna się znowu wolniej wznosić, a przy dojściu do 150 kaloryi na kilogram podnoszenie się ciężaru ustaje. Jestto granica tolerancyi, maximum, do którego możemy się posunąć bez niebezpieczeństwa cięższego uszkodzenia niemowlęcia. Zakres pomiędzy minimum zapotrzebowania, a granicą tolerancyi nazywamy szerokością tolerancyi. Przy karmieniu piersią szerokość jest bardzo znaczna, możemy się w niej swobodnie poruszać, o przekroczenie tolerancyi nie jest łatwo, toteż i cięższe zaburzenia mogą się u takiego dziecka rozwinąć tylko w wyjątkowych warunkach.

Jeżeli jednak podamy rzeczywiście ilości, przekracza-

jące tolerancyę, wtedy ciężar ciała zacznie opadać i zjawią się inne objawy chorobowe zaburzenia odżywiania. Równocześnie opadać zacznie także tolerancya. Dopóki tolerancya utrzymuje się jeszcze ponad minimum zapotrzebowania, lub opadnie tylko nieznacznie poniżej minimum, dopóty łatwo jest nad położeniem zapanować. Wystarczy obniżyć ilości pokarmu znacznie poniżej tolerancyi i usunąć w ten sposób niestosunek między podawanym pokarmem a tolerancyą, następnie zaś stopniowo ilości te podnosić tak, aby zawsze poruszały się w pewnej odległości od przypuszczalnej granicy tolerancyi. Chodzi o to, żeby na wszelki sposób granicy tej znowu nie przekroczyć, gdyż wywołałoby to dalsze uszkodzenie dziecka i obniżenie tolerancyi. W tych warunkach tolerancya powoli się podniesie, co nam pozwoli wrócić do ilości pokrywających zapotrzebowanie.

Gdy jednak tolerancya opadnie znacznie poniżej minimum zapotrzebowania, znajdziemy się w położeniu bez wyjścia. Jeżeli ilości dostarczane leżeć będą poniżej granicy tolerancyi, objawy chorobowe ustąpią, ale dziecko będzie głodzone, a w stanie głodu nie może być mowy o wybitniejszem podniesieniu tolerancyi. Gdy zaś starać się będziemy uniknąć głodzenia i podniesiemy ilości pokarmu, nastąpi przekroczenie tolerancyi, zanim jeszcze dojdziemy do minimum zapotrzebowania, a tem samem nawrót całej niszczycielskiej sprawy. Możemy wybierać tylko pomiędzy głodem a niszczeniem pokarmowem i dziecko jest niechybnie stracone.

Takby się przedstawiały stosunki u przeciętnego niemowlęcia przy podawaniu mleka kobiecego.

Wysokość tolerancyi zależy od bardzo wielu czynników. W pierwszym rzędzie musimy tutaj uwzględnić konstytucyonalne własności dziecka. Jedne dzieci są bardzo podatne i łatwo zapadają na zaburzenia odżywiania, inne odznaczają się podziwienia godną odpornością i nawet z pokarmami bardzo nieodpowiednimi załatwiają się gładko. Nizką tolerancyę stwierdzamy często u dzieci z obciążeniem nerwowem, dotkniętych limfatyzmem, tężyczką, krzywicą. Niekiedy jednak stwierdzamy nizką tolerancyę, a nie widzimy u niemowlęcia żadnych szczególnych zboczeń konstytucyonalnych, do których ten stan możnaby było odnieść.

(Dokończenie nastąpi).

Wpływ wiewióra na skład krwi i na serce.

Podał

Dr Mondschein,

sekundaryusz szpitala powszechnego w Stanisławowie.

Przez długi czas uważano wiewióra za schorzenie czysto miejscowe; objawy jednak tak podmiotowe, jak przedmiotowe wskazywać zaczęły z biegiem czasu, że podczas trwania i nawet czasem po wyleczeniu wiewióra toczy się coś w ustroju, co pozostawać musi w związku przyczynowym z tem schorzeniem. Tu należą różne skargi chorego, często na ból głowy, na dreszcze silne lub słabe dreszczyki, na uczucie kołatania serca, często też dające się przedmiotowo stwierdzić, ogólne osłabienie czy jakaś przejściowa niezdolność do wytężającej pracy umysłowej, osłabienie w kolanach, łydkach, bóle i uczucie łamania w krzyżach i t. d. Do objawów przedmiotowych należy często występująca, czasem wprost uderzająca bladość twarzy i widocznych błon śluzowych, bicie serca, przyspieszone, często niemiarowe tętno, obok nierzadkich powikłań ze strony odległych od źródła schorzenia narządów, w postaci n. p. zapaleń najądrza, samego jądra, gruczołów pachwinowych, błon surowiczych, szczególnie stawów, zastawek serca, a więc narządów, nie pozostających z miejscem pierwotnie schorzałem w bezpośredniej styczności, dokąd więc zarazek wiewióra przenieść się mógł tylko drogą naczyń krwionośnych, czyli przerzutowo. Innemi słowy istnieje przy wiewiórze gonokokemia. Ten niezbity fakt nasunął Bruckowi myśl, czyby nie można na odwrót, więc drogą krwi przez wstrzyknięcie szczepionki z dwoinek Neissera (Gonokokkenvaccine Arthigon) zadziałać na źródło choroby i zapobiedz, ewentualnie leczyć jej powikłania. Moje doświadczenia z tą szczepionką podałem obszernie w osobnej pracy*), nie myślę się więc tu dłużej nad tą sprawą zatrzymywać, natomiast przy pomocy przykładów podam tu wynik mych badań nad składem krwi przy wiewiórze i stanem serca, a więc ciśnieniem krwi i tętnem.

1. S. N., fryzyer, 20 lat, wiewiór od 2 tygodni, jądro lewe bardzo bolesne, silnie obrzękłe od 6 dni. Przyjęty do szpitala 17. X. z rozpoznaniem: Epididymitis sinistra gonorrh. Wyciek mały. Gc +. Leczenie: Arthigon — okłady — Janet.

Ciśnienie krwi Riva-Rocci	Liczba tętna	Jakość tętna	Arthigon do żyły		Hemoglobinometr Sahli	Liczba c. czerwonych	Liczba c. białych	Przebieg wiewióra
			data	dawka				
115	92	arytmia	1/XI	0·3	60	4,000.000	10·000	Jądro obrzękłe, bolesne. Mocz prawie czysty, brak wycieku
108	92	arytmia	4/XI	0·5	62	4.364.000	9·150	Mocz stale czysty, jądro lekko obrzękłe nie bolesne
103	88	rytmiczne	6/XI	0·7	72	4,132.000	5.825	Stan zupełnie dobry, jądro i najądrze prawie prawidłowe
106	88	rytmiczne	9/XI	0·7	75	4,432.000	6.635	uleczony

2. M. M., gospodarz, 25 lat, silnie zbudowany, wiewiór od 4 tygodni, jądro prawe obrzękłe od 6 dni, wielkie, bardzo bolesne. Przyjęty do szpitala 17. X.: Epididymitis dex. gonorrh. Wyciek mały. Gc. +.

17. X. Arthigon do żyły 1 cm³ (przez pomyłkę); silne dreszcze, ból głowy, wymioty bardzo częste.

18. X. Jądro niebolesne, nawet na ucisk, silnie jednak obrzękłe, powrózek nasienny w prawej pachwinie bolesny.

Leczenie: Cavibleu [2]) - Janet.

[1]) Praca ta ukazała się w Wiener med. Wochenschrift (Nr 14, 1914).

[2]) Patrz artykuł mój w Wien. med. Wochenschr.: »Caviblen-Therapie der männlichen Gonorrhöe«, który się wkrótce ukaże

Riva-Rocci	Liczba tętna	Jakość tętna	Arthigon do żyły		Sahli	Liczba c. czerwonych	Liczba c. białych	Przebieg wiewióra
			data	dawka				
104	112	arytmia	1/XI	0·3	66	4,120.000	9.000	Mocz w I części mętnawy, wyciek słaby Gc —
96	120	rytmiczne	4/XI	0·5	73	3,532.000	4.950	Mocz w I części czysty, nieliczne nitki
92	110	arytmia	9/XI	0·8	60	4,700.000	6.700	Mocz czysty, brak wycieku; uleczony 12/XI

3. H. Cz., 29 lat, wiewiór od 8 dni, przyjęty do szpitala 9. X. Gonorrhoea acuta anterior. Wyciek słaby Gc +. Leczenie: Caviblen.

Riva-Rocci	Liczba tętna	Jakość tętna	Arthigon do żyły		Sahli	Liczba c. czerwonych	Liczba c. białych	Przebieg wiewióra
			data	dawka				
104	74	arytmia	28/X	0·2	66	4.264.000	6.250	uleczony 22/XI

4. W. S., 19 lat, od 2 dni wiewiór; przyjęty do szpitala 17. X. Gonorrh. acuta anterior. Leczenie: Caviblen-Janet.

Riva-Rocci	Liczba tętna	Jakość tętna	Arthigon do żyły		Sahli	Liczba c. czerwonych	Liczba c. białych	Przebieg wiewióra
			data	dawka				
94	90	arytmia	28/X	0·2	70	4,464.000	16·040	mocz mętnawy, wyciek mierny, uleczony 22/XI

5. H. K., 18 lat, nader silnie zbudowany, wiewiór od 10 dni, nie leczony. Przyjęty do szpitala 28. X. Gonorrh. ac. anterior. Gc. +.

Riva-Rocci	Liczba tętna	Jakość tętna	Arthigon do żyły		Sahli	Liczba c. czerwonych	Liczba c. białych	Przebieg wiewióra
			data	dawka				
105	112	arytmia	31/X	0·2	66	4,080.000	7.075	Mocz mętny, wyciek mały, pieczenie
92	96	rytmiczne	3/XI	0·3	65	4,520.000	8.000	Mocz lekko mętny, Gc +
110	104	rytmiczne	9/XI	0·6	67	3,832.000	5.150	Mocz lekko mętny, Gc —; uleczony 2/XII

6. K. H., 21 lat, chory na wiewiór od 3 tygodni; przyjęty do szpitala 25. X. Gonorrh. ac. anter. Leczenie: Caviblen-Janet. Gc ++.

Riva-Rocci	Liczba tętna	Jakość tętna	Arthigon do żyły		Sahli	Liczba c. czerwonych	Liczba c. białych	Przebieg wiewióra
			data	dawka				
143	104	arytmia	1/XI	0·2	66	5,400.000	11.000	Mocz w I części mętny, silne kołatanie serca
112	104	arytmia	3/XI	0·3	65	4,000.000	11.375	Mocz czysty w obu częściach
102	100	rytmiczne	7/XI	0·5	65	4,000.000	9.050	Mocz stale czysty, Gc —
112	80	arytmia	11/XI	0·8	75	3,164.000	10.050	Stan dobry; uleczony 15/XI

7. Sch. I., 24 lat, silnie zbudowany, chory na wiewiór od 20 dni, jądro prawe obrzękłe przed 5 dniami; przyjęty do szpitala 6. XI. Epididymitis dex. gonorrh. Wyciek mały. Gc ++. Ciepłota 38·9.

Riva-Rocci	Liczba tętna	Jakość tętna	Arthigon do żyły		Sahli	Liczba c. czerwonych	Liczba c. białych	Przebieg wiewióra
			data	dawka				
100	112	rytmiczne	6/XI	0·2	72	5,000.000	21.320	Nader silny obrzęk i ból jądra, ciepłota po arthigonie 40°, pod wieczór 36·6
92	96	lekka arytmia	7/XI	0·3	72	4,364.000	14.775	Jądro wielkie, bolesność mała
96	100	rytmiczne	9/XI	0·3	75	4,560.000	15.000	Mocz czysty, jądro niebolesne, pachwina bolesna
98	90	rytmiczne	13/XI	0·4	76	4,600.000	9.770	Kilka nitek w I części
104	88	rytmiczne	16/XI	0·5	64	3,800.000	4.150	Od dziś Caviblen i Merlusan
102	86	arytmia	24/XI	0·8	82	5,376.000	6.576	uleczony 29/XI

8. K. R., 22 lat, wiewiór od miesiąca, przyjęty do szpitala 5. XI. Gonorrh. acuta anter. ac posterior. Gc +. Leczenie: Caviblen.

Riva-Rocci	Liczba tętna	Jakość tętna	Arthigonu nie wstrzykiwano		Sahli	Liczba c. czerwonych	Liczba c. białych	Przebieg wiewióra
106	88	arytmia	—	13 XI	66	3,964.000	10.000	Mocz mętny w obu częściach, Gc +
100	92	rytmiczne	—	20/XI	75	4,734.000	10.000	Mocz zupełnie czysty, wyleczony 23/XI

9. B. M., bardzo silny mężczyzna, wiewiór od tygodnia, jądra oba obrzękłe od 7 dni; przyjęty do szpitala 6. XI. Epididymitis gonorrh. ambi lateralis. Ciepłota 39·5°.

Riva Rocci	Liczba tętna	Jakość tętna	Arthigon śródmiąższowo		Sahli	Liczba c. czerwonych	Liczba c. białych	Przebieg wiewióra
			data	dawka				
105	120	rytmiczne	7/XI	0·5	64	3,264.000	19.000	Mocz mętny, Jądra bolesne
102	102	arytmia	8/XI	1 gr.	69	3,764 000	15 400	Jądra mniej bolesne, wielkie. Gc +
94	96	arytmia	13/XI	2·20	70	4,432.006	13.375	Jądra nieco bolesne. Mocz mętny. Chory wyszedł z polepszeniem 27/XI.

10. D. M., 22 lat, wiewiór od 3 tygodni; przyjęty do szpitala 10. XI. Gonorrh. acuta anterior. Leczenie: Janet-protargol.

Riva-Rocci	Liczba tętna	Jakość tętna	Arthigonu nie wstrzykiwano		Sahli	Liczba c. czerwonych	Liczba c. białych	Przebieg wiewióra
109	90	rytmiczne		12/XI	68	6,040.000	10.940	Mocz mętny w I części Gc ++

11. St. D., 18 lat, wiewiór od 4 tygodni, jądro prawe obrzękło od 4 dni; przyjęty do szpitala 17. XI. Epididymitis dex. gonorrh. Ciepłota 39°.

Riva-Rocci	Liczba tętna	Jakość tętna	Arthigon do żyły		Sahli	Liczba c. czerwonych	Liczba c. białych	Przebieg wiewióra
			data	dawka				
90	120	arytmia	19/XI	0·4	58	4,832 000	14 563	Ciepłota po arthigonie 40° jądro znacznie mniej bolesne
102	98	arytmia	4/XII	0·8	64	4,844.000	13.125	Mocz prawie czysty. Z polepszeniem 10/XII

12. Ł. W., 21 lat, wiewiór od 3 miesięcy; przyjęty do szpitala 1. XII. Gonorrh. acuta anter. Leczenie: protargol.

Riva-Rocci	Liczba tętna	Jakość tętna	Arthigonu nie wstrzykiwano		Sahli	Liczba c. czerwonych	Liczba c. białych	Przebieg wiewióra
100	92	rytmiczne	—	5/XII	67	5,232,000	10 187	Mocz mętny w I części Gc +
92	88	rytmiczne	—	9/I	78	5,020.000	7.915	zdrów

13. W. W., 24 lat, chory na wiewiór od 5 miesięcy, jądro prawe obrzękłe od 2 dni; przyjęty do szpitala 19. XI. Epididymitis d. gonorrh. Bardzo blady (jak podaje, dopiero od 2 miesięcy). Leczenie: arthigon, poczem po 4 dniach protargol-Janet.

Riva-Rocci	Liczba tętna	Jakość tętna	Arthigon do żyły		Sahli	Liczba c. czerwonych	Liczba c. białych	Przebieg wiewióra
			data	dawka				
92	78	arytmia	21/XI	0·2	58	6,088.000	15.000	Jądro prawe bardzo bolesne Gc ++
80	86	rytmiczne	24/XI	0·2	62	5,688.000	17.000	Jądro niebolesne, wielkie. Z polepszeniem 2/XII

(Dokończenie nastąpi).

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Kabanow. **W sprawie rozpoznawania raka żołądka** (odczyn Wolffa). (Wraczebnaja Gazeta Nr 1. 1914). Odczyn Wolffa polega na tem, iż w treści żołądkowej ludzi chorych na raka żołądka stale znajduje się znaczna ilość białka nawet w tych przypadkach, kiedy nie bywa krwotoków żołądkowych. Wolff i Junghaus tłómaczą to rozpadaniem się endogenicznego białka, obecnością właściwych schorzeniom rakowym żołądka zaczynów, energicznie rozkładających drobinę białkową, wreszcie schorzeniem błony śluzowej żołądka, hamującem wchłanianie się białka. Za jednostkę porównawczą ilości białka w soku żołądkowym przyjęli Junghaus i Wolff taki stopień rozcieńczenia soku żołądkowego, przy którym znika zmętnienie jego od kwasu fosforowowolframowego (Ac. phosphoro-wolframici 0·3, ac. hydrochlor. pur. 0,1 96%, alcoh. 20,0, aq. destill. 200,0), w ilości 1 cent. sz. na 10 cent. sz. badanego płynu. Badania autora, przeprowadzone w 16 przypadkach, wykazują, iż sok żołądkowy chorych na raka traci zdolność wytwarzania mętów z kwasem fosforowowolframowym dopiero w rozcieńczeniu 1:400, natomiast w przypadkach innych schorzeń odczyn znikał w rozcieńczeniu soku 1:200. Odczyn ten zdaniem autora służyć może dla celów rozpoznawczych tylko wtedy, kiedy wyłączyć można z pewnością obecność krwi w treści żołądkowej (odczyn Webera ujemny). Z. Gilewicz (Kijów)

Prof. Straus. **Balneoterapia zaburzeń czynnościowych żołądka.** (Zeitschr. f. arzt. Fort. Nr 6, 15, III. 14). Z czystych zaburzeń czynnościowych żołądka należy wyodrębnić zaburzenia nerwowe, które wymagają nietyle picia wód, ile warunków klimatycznych, leczenia fizycznego i psychoterapii. Wśród zaburzeń wydzielniczych rozróżniamy stany o wzmożonem wydzielaniu (hyperaciditas i hypersecretio) i o zmniejszonem wydzielaniu. Nadmierne wydzielanie soku żołądkowego i nadmierna kwaśność jego nie jest samodzielnym stanem chorobowym. W pewnych przypadkach jest ona wyrazem ukrytego lub też jawnego wrzodu żołądka, czy też dwunastnicy, szczególniej w bliz-kości odźwiernika (ulcus parapyloricum). Ten stan chorobowy może również być wywołany przez przewlekłe zaparcie stolca, przez podrażnienie żołądka dymem tytoniowym, nadmiarem korzeni w potrawach. Jeżeli błona śluzowa

żołądka jest pokryta warstwą śluzu, to nadmiernemu wydzielaniu i przekwaśności soku żołądkowego nie towarzyszy uczucie bólu; jeżeli warstwy śluzu niema, to stanom tym towarzyszy ból. Niedostateczne wydzielanie soku żołądkowego spotykamy w większości przypadków przy nowotworach złośliwych. I tu rozróżniamy przypadki z zawartością śluzu od postaci bezśluzowej. Stosowanie wód mineralnych w tych zaburzeniach żołądkowych ujmuje się w następujące punkta: 1) Ciepło, stosowane tak z wewnątrz, jak i z zewnątrz, uśmierza bolesne podrażnienie błony śluzowej żołądka i wywołując przekrwienie błony śluzowej, podnosi poszczególne czynności żołądka. 2) Wody, obfitujące w kwas węglowy i wapno, pobudzają wydzielanie żołądkowe, wody alkaliczne obniżają je. Z tego względu pierwsze wody należy stosować w stanach ze zmniejszonem wydzielaniem, drugie natomiast w stanach ze wzmożonem wydzielaniem. Wody alkaliczno-siarczane należy również stosować w stanach ze wzmożonem wydzielaniem. 3) Wody mineralne, same przez się, szczególniej obfitujące w alkalia, a zwłaszcza w wapno, są wskazane przy znaczniejszem tworzeniu się śluzu w żołądku, jako »autolavage« żołądka. 4) W niedowładzie ruchowym żołądka jest stosowanie wód mineralnych przeciwwskazane. W atonii, w ścisłem tego słowa znaczeniu, stosowanie tych lub innych wód zależy od natury samego cierpienia; jest rzeczą wskazaną w takich cierpieniach podawać wody w ilościach małych, kilkakrotnie w ciągu dnia. 5) Czynniki balneologiczne, hydroterapeutyczne i klimatyczne wzmacniają cały ustrój i w ten sposób dobroczynnie wpływają na liczne zaburzenia żołądkowe, nietylko pochodzenia neuropatycznego. To samo możemy powiedzieć o balneologicznem leczeniu cierpień jelit. 6) Przy leczeniu balneologicznem nie należy zapominać o leczeniu i innymi sposobami, a najlepiej kombinować jednocześnie kilka metod leczniczych.

Tadeusz Kon.

Bürger. **O dwu grupach zatrucia kiełbasianego, na podstawie 12 spostrzeżeń i 5 przypadków śmierci.** (Med. Klinik 1913, Nr 45). Tak zwane zatrucie kiełbasiane (Botulismus) spostrzegano po spożyciu szynek, kiełbas, kiszek, ryb, konserw mięsnych, półgąsków, wędlin, dzikich kaczek, przepiórek, konserw jarzyn i t. p. Zatrucia występowały nawet po gotowaniu tych potraw, co odnieść należy do tego, że ciepłota w środku potrawy jest podczas gotowania często znacznie niższa od ciepłoty wrzącej wody. Jednym z najtypowszych objawów tego zatrucia jest po dłuższej wstępnej niedyspozycyi porażenie żołądka, co sprawia, że właściwe objawy zatrucia występują zwolna, a nieraz późno. Przy sekcyach spotyka się też nawet w kilkanaście jeszcze dni cząstki potraw, które były powodem zatrucia. Dalej objawami tego zatrucia są wzdęcia, kolki, bóle, biegunka lub silne zaparcie, wymioty, ew. żółtaczka, nieżyt gardła, suchość w ustach, naloty na migdałach, trudność połykania, zmiany tętna, osłabienie akkomodacyi, ew. porażenia mięśni ocznych, rozszerzenie źrenic, duszność, porażenia kończyn, ew. jako powikłania, zapalenie płuc i gruczołu przyusznego. Nieraz obraz chorobowy przypomina bardzo błonicę (w błonicy nie ma zwykle porażenia źrenic) lub otrucie atropiną (w którem jednak zmiany ośrodkowe zjawiają się szybciej, występują bredzenia, cechujące zmiany czynności serca i t. p.) Podobne objawy dać mogą zatrucia alkoholem metylowym i niektóremi roślinami. Rokowanie poważne. Leczenie: energiczne płukania żołądka (działanie środków przeczyszczających ze względu na porażenie żołądka i jelit jest wątpliwe) i antytoksyna Kempnera, ew. gdy tej surowicy niema pod ręką, przynajmniej zwykła przeciwbłonicza. Prócz tego stosujemy: upust krwi, wdychania tlenu, wysokie lewatywy, wlewania śródżylne rozczynów soli kuchennej, sztuczne oddychanie i t. p.

K.

Zapiski lecznicze, nowe leki, sposoby i narzędzia.

Sennatin, środek przeczyszczający, uzyskany z senesu, zaleca Drews w dawce 2 cm^3, wstrzykniętej podskórnie, lub lepiej śródmięśniowo, zwłaszcza po operacyach brzusznych. Skutek łagodny występuje w 3–6 godzin i nieraz rozciąga się na kilka następnych dni. (D. m. W. 1914. 10)

K.

W zapaleniu odbytnicy stosuje Jüngerich z dobrym skutkiem czopki z acetonu. (D. kl. W. 1914. 8) K.

Dynię zaleca Kakowsky jako znakomity środek moczopędny w ilości 3—6 funtów rosyjskich dziennie. (R. Wr. 1913 Nr 48) K.

Narkofinę stosował Cassel w klinice chirurgicznej prof. Karewskiego w Berlinie przez 18 miesięcy i doszedł do przekonania, że lek ten przewyższa morfinę, gdyż działa dłużej, a rzadziej wywołuje objawy uboczne. Zamiast dotąd polecanej dawki 0,03 radzi C. używać 0,04, którą wstrzykuje podskórnie na 40 minut przed operacyą. Wewnętrznie przeciw bezsenności i bolom podaje C. 20—25 kropli 4% rozczynu narkofiny na dawkę. (Therapie der Gegenw. 1914, marzec). Bh.

Digipuratum liquidum według doświadczenia Keupera (Ther. Monatsh. 1913. str. 641) ma równie silnie działać, jak świeży napar naparstnicy, przyczem nie zauważa się działania drażniącego na błonę śluzową żołądka. Przetwór ten przechowuje się łatwo, da się dawkować dokładnie i stosować wewnętrznie, śródmięśniowo i dożylnie. Czasem powstające po wstrzyknięciu podskórnem małe bolesne nacieki znikają szybko. N.

Tenozyna, przetwór, zastępujący sporysz, jest według Jägera (Münch. med. Woch. 1913 str. 1714.) mieszaniną zawierającą w 1 cm^3 0.0005 β-imidazotyletylaminu i 0.002 p. oksyfenyletylaminu: przewyższa ona inne przetwory sporyszowe szybkością w działaniu. Również i Mayer i Wiki (Rev. de la méd. Suisse 1913. p. 661.) uważają p. oksyfemyletylamin za składnik sporyszu, mniej trujący, skrzepiający serce i zwężający naczynia, wogóle w zachowaniu się farmakologicznem podobny do adrenaliny. N.

Sole wapniowe mają działać wybitnie na nerki. Jacoby i Eisner (Berl. klin. Woch. 1913. str. 1339) zajmowali się badaniem wpływu soli wapniowych na cukromocz florydzynowy. Sole wapniowe, podane na szczycie cukromoczu, wywoływały wyraźne zmniejszanie się wydzielania cukru, acetonu i azotu. Działanie soli wapniowych na czynność nerek tak u chorego, jakoteż i zdrowego człowieka zdaje się polegać na zagęszczeniu filtra nerkowego. N.

Calciumichthyol ma według Schütza (Med. Klin. 1913. s. 1502.) dawać dobre wyniki w leczeniu gruźlicy płuc. Wstrzykuje się środek ten jako 5% rozczyn w ilości 5 cm^3 śródmięśniowo kilka razy na tydzień. N.

O działaniu środków przeczyszczających solnych pisze Best (Med. Klin. 1913 str. 1212). Do ostatnich odcinków jelit dochodzą najszybciej tylko rozczyny izotoniczne; ponieważ zaś przeważnie źródła mineralne są hypertoniczne, zatem wody z tych źródeł ulegają już w dwunastnicy wessaniu, o ile nie pije się ich w bardzo dużych ilościach. Prócz nagromadzenia się płynów odgrywa ważną rolę w działaniu przeczyszczającem fala ruchu robaczkowego, zaczynająca się w żołądku i biegnąca przez cały przewód pokarmowy. Rozczyn fizyologiczny soli kuchennej może być leczniczo użyty do przepłukiwań jelit, gdyż nie ulega wessaniu; również poleca się go dla pobudzenia ruchu robaczkowego przy przewlekłem zaparciu stolca. N.

Sennax, glikozyd liści senesowych, składnik głównie działający, poleca Schönborn (Ther. d. Geg. 1913 s. 392.) jako środek przeczyszczający. Dawki zwykłe: tabletki po 0.075 przetworu lub 4 cm^3 rozczynu handlowego. Przy zaparciach różnego rodzaju następuje po 2 tabletkach zwykle w 8—10 godzin obfite wypróżnienie. Bóle zauważa się

tylko po większych dawkach. Wystarcza powtarzać dawkę co drugi wieczór. Po dłuższem używaniu następuje przyzwyczajenie się, co wymaga stosowania większych dawek. N.

Tannismut zaleca Petrina (Ther. d. Geg. 1913 s. 333.) gdyż łączy on działanie ściągające obu składników, bizmutu i garbnika, oraz dlatego, że drobina garbnika ulega szybko, a drobina bizmutu powoli rozpadowi. Środek ten stosuje się w ostrych, podostrych i przewlekłych nieżytach jelita cienkiego i grubego w dawkach po 0·5 gr kilka razy dziennie. Tannismut nie wywołuje nawet w wysokich dawkach wcale nieprzyjemnego ubocznego działania N.

Z pomocą **fibrolizyny** powiodło się Brennerowi (Münch. med. Woch. 1913 s. 1547) w jednym przypadku przewlekłego zapalenia płuc wywołać zupełne wyleczenie. W przypadku tym wszelkie środki i zabiegi lecznicze fizyczne stosowano bez skutku. B. osiągnął pomyślny wynik po dwu wstrzyknięciach podskórnych fibrolizyny. N.

Palenie tytoniu według ciekawych badań Johna (Zeitschr. f. exp. Path. u. Ther. 1913. XIII. s. 310) wywiera wpływ na skurczowe i rozkurczowe ciśnienie krwi. Jak wynika z pomiarów ciśnienia, istota działania nikotyny polega na wywoływaniu podrażnienia skurczowego ścian naczyń, których napięcie przez to się zwiększa; liczba tętna ulega dużym wahaniom. Cygara, zawierające mało nikotyny, nie wywołują prawie zmian w ciśnieniu. Z badań Johna wynika też, że nikotyna może wywoływać zmiany w naczyniach w rodzaju zmian miażdżycowych. N.

Zatrucie alkoholem metylowym badał Kroll (Arch. f. exp. Path. u. Path. T. 72.) na psach i królikach. Prócz wzmożenia wydzielania amoniaku w moczu okazuje się, że nawet duże dawki alkoholu (45—50 cm^3), podawane kilka dni z rzędu, wywoływały tylko niezupełne uśpienie, które psy znosiły nieźle; króliki ginęły już po mniejszych dawkach, a przy sekcyi znajdowano obraz posokowatego zapalenia oskrzeli. Oślepnięcia zwierząt K. nie spostrzegał. N.

W krztuścu osiągnął pomyślne wyniki Wassermann (Ther. Monatsh. 1913. 10) leczeniem kombinowanem weronalem, bromuralem i chininą; zwłaszcza chinina z bromuralem ma bardzo wyraźne uspokajające działanie, usuwa szybko wymioty i napady kaszlu. Środki te można zdaniem W. podawać dzieciom bez obawy. N.

Perrheumal, maść przeciwgośćcowa, jest związkiem kwasu salicylowego z estrami alkoholu trójchlorobutylowego, którego działanie kojące bóle jest znane. Ohm (Ther. d. Geg. 1913. sierpień) próbował tej maści w wielu przypadkach ostrego gośćcowego zapalenia stawów, jakoteż w rwie kulszowej i nerwobólach; wyniki miał dobre i z uznaniem stwierdza działanie kojące tego leku, który przytem nie drażni skóry. N.

Mentospiryna jest estrem mentolowym kwasu acetylo-salicylowego. Ma postać gęstego żółtego płynu. Podaje się ją w żelatynowych kapsułkach po 0.25 gr. Łączy ona znieczulające działanie mentolu na błonę śluzową dróg oddechowych, oraz własność przyspieszania czynności serca obok działania przeciwgorączkowego kwasu acetylo-salicylowego. Mentospirynę stosują w ostrem zapaleniu krtani, oskrzeli, bólach głowy i uszu, towarzyszących nieżytom górnych dróg odeechowych. W przypadkach tych przyczynia się do spadku ciepłoty oraz znikania objawów zapalnych. (Loewenheim. Med. Klin. 1913 19.). N.

Melubrynę dożylnie polecają stosować u chorych, u których z powodu wrażliwości przewodu pokarmowego nie można jej podawać wewnętrznie; stosuje się ją w takim razie w postaci 50% rozczynu wyjałowionego w ilości 2·5—3 gr trzy razy dziennie, przez co uzyskuje się równocześnie silne i bezpośrednie zadziałanie leku na czynnik chorobowy i na zmiany zapalne. Żółte zabarwienie płynu, powstające po wyjałowieniu rozczynu melubryny, nie wpływa ani na toksyczność, ani na lecznicze działanie przetworu (Hahn. Münch. med. Woch. 1912. 40.) N.

Cymaryna jestto nazwa fabryczna firmy Bayer i Co w Elberfeld dla glikozydu chemicznie czystego i w krystalicznej formie otrzymanego z korzenia rośliny kanadyjskiej: apocynum cannabinum i androsenifolium. Allard (Deutsch. med. Woch. 1913. 17) poddał przetwór ten dokładnemu badaniu klinicznemu na dużym materyale i stwierdził, że cymaryna jest środkiem sercowym, szybko i energicznie działającym nawet w tych przypadkach, w których naparstnica nie działała. Działanie cymaryny jest prawie równie działaniu naparstnicy, różni się od niej znacznie silniejszem działaniem moczopędnem i uspokajającem; męcząca obawa lub niepokój znikały widocznie po cymarynie, przyczem następował spokojny sen. Podawać można cymarynę wewnętrznie lub dożylnie; działanie przy podawaniu wewnętrznem nie jest zupełnie pewne i mogą nawet pojawiać się wymioty i biegunka, wobec czego zaleca autor podawać wewnętrznie bardzo małe dawki po 3 mgr do 1—2 mgr dziennie. Pewnie działa stosowanie dożylne; dawka 1 mgr wstrzyknięta dożylnie wystarcza zupełnie jako dawka całodzienna, której autor nie radzi przekraczać. Dłużej niż 6 dni nie można podawać cymaryny dożylnie, gdyż działanie jej znacznie słabnie; po pewnej przerwie można znów ją wstrzykiwać. Zaleca się po okresie cymaryny podawać naparstnicę, która wtedy okazuje się skuteczną, chociażby poprzednio nie działała. Wobec silnego i szybkiego działania cymaryny wskazana jest ostrożność zwłaszcza w tych przypadkach, w których niewiadomo, czy mięsień sercowy podoła skutkom zastosowania cymaryny. Tego niebezpieczeństwa uniknąć można przez próbne wstrzyknięcie ilości 0·5 mgr. Działania zbiorowego cymaryny nie należy się obawiać, zwłaszcza że dawki lecznicze i toksyczne dość są odległe. Na naczynia działa cymaryna bardzo mało, wobec czego nie osiąga się wyniku przy osłabieniu naczynioruchowem. N.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z d. 4. II. 1914.

Przewodniczy kol. Kader. Obecnych 90 członków.

1. Odczytano protokół z poprzedniego posiedzenia.

2. Jednomyślnie przyjęto do grona członków Towarzystwa kol. Epsteina, Keplera i Łapińskiego.

3. Kol. Borzęcki przedstawił chorego **z rakiem na więzadełku i podstawie języka**. Chory ten z powodu objawów kiły wczesnej pozostawał na oddziale we wrześniu 1913 r. i w historyi choroby zapisano: »papula rozpadła na więzadełku języka«. Czy zmiana ta przy wyjściu chorego z oddziału ustąpiła — nie zapisano; prawdopodobnie jednak nie, gdyż lekarz fabryki, w której chory pracuje, polecił mu pędzlowanie więzadełka nalewką jodową, co też chory robił przez kilka miesięcy codziennie, stosując obok tego co tydzień wstrzykiwania śródmiąższowe jakiegoś przetworu rtęciowego. Kiedy chory zgłosił się z powodu opisanego cierpienia znów na oddział chorób skórnych w końcu stycznia 1914 r., licząc się z możliwością, że zmiana na więzadełku języka mogłaby być owrzodzeniem, spowodowanem przez nadmiar pędzlowań nalewką jodową, poddano chorego obserwacyi, która naprowadziła na rozpoznanie nowotworu.

4. Kol. Bobak przedstawił przypadki z oddziału chorób wewnętrznych szp. św. Łazarza: 1) **atrophia musculorum juvenilis,** 2) **poliomyelitis anterior.**

5. Kol. Mayer: a) **Prześwietlanie promieniami Roentgena w odległości kilkudziesięciu metrów od induktora.** Dotychczas rentgenoskopia i rentgenografia odbywały się w pokoju specyalnie do tego celu przeznaczo-

nym, gdzie znajdowały się wszystkie niemal części składowe przyrządu Roentgena. Z tego powodu wynikały różne niedogodności i poza obrębem tego pokoju nie można było rentgenoskopować. Prelegent przekonał się, że rentgenoskopię i rentgenografię można wykonywać w znacznej odległości od pokoju rentgenowskiego, tak że n. p. w sali chorych, w sali operacyjnej lub wykładowej wystarczy mieć jedynie lampę rentgenowską i ekran. W tym celu należy prąd wtórny przeprowadzić przez dobrze izolowane kable do sali. Prelegent demonstrował w ten sposób rentgenoskopię w sali kliniki medycznej w odległości 32 metrów od induktora. Im natężenie prądu wtórnego większe, tem bardziej odległość tę można powiększyć. Podobnie, jak jedna stacya centralna zaopatruje całe miasto w prąd, tak możnaby wszystkim gabinetom lekarskim, posiadającym tylko lampę i ekran, dostarczyć prądu wtórnego.

b) **Rentgenoskopia i rentgenografia promieniami wzmocnionymi.** Prelegent demonstrował swój sposób prześwietlania zapomocą dwóch lamp, poza sobą ustawionych w odległości 32 metrów od induktora. Sposób ten umożliwia najwyższe natężenie promieni »x«, jakie dotychczas osiągnięto, jeszcze 2 i więcej razy powiększyć i to tak, że dobroć obrazów nic przez to nie traci. Praktyczna korzyść uwydatnia się zwłaszcza przy zdjęciach momentalnych, gdzie potrzeba jak największego natężenia promieni.

c) **Fotografowanie wyłącznie samego serca.** Na rentgenogramach klatki piersiowej cienie powiększonych gruczołów śródpiersia, zagęszczonych części płuc, zrosty opłucnej, nowotwory, blizny itd. zlewają się często z poszczególnymi łukami cienia serca lub wypełniają zagłębienia między tymi łukami tak, że nieraz nie można zróżniczkować dotyczących części cienia serca i aorty, a przez to odpowiedzieć na ważne pytanie, która część serca uległa zmianie. Dlatego prelegent obmyślił sposób, zapomocą którego można otrzymać rentgenogram samego serca, z wyłączeniem otaczających go cieniów. Sposób ten polega na wyzyskaniu topografii serca ze stanowiska optyki promieni świetlnych i fizyki promieni »x«. Uwzględniwszy położenie względem siebie wszystkich części klatki piersiowej, które rzucają cień i wszystkie ruchy tych cieni przy różnych ruchach lampą rentgenowską, prelegent wybrał następujące zasady: Serce, znajdując się bliżej kliszy, tworzy cień, mało ruchomy przy ruchach lampy. Cień ten, jako większy od innych otaczających go cieni, przesuwa się tylko nieznacznie ze swego miejsca na kliszy przy takich ruchach lampy, przy których mniejsze cienie innych tworów klatki piersiowej przesuwają się w całości na części kliszy już naświetlonej i przez to miejsca ich pierwotnego położenia bywają wystawione na działanie promieni; to też zarówno w tych ostatnich miejscach, jakoteż w poprzednich, nie może powstać obraz tych cieni, czyli całe otoczenie obrazu cienia serca zostanie jednostajnie naświetlone. Ruch lampą musi się odbywać po linii, krzyżującej się z osią podłużną żeber. Doszedłszy do tych wyników, można już było rzecz technicznie w nader prosty sposób wykonać. Mianowicie wystarczy podczas całej ekspozycyi szybko podnosić i obniżać lampę wzdłuż drogi 4 cm. równolegle do osi kręgosłupa w okolicy VII, a jeszcze lepiej VIII kręgu piersiowego. Ruchy te można wykonać na każdym statywie takim, na którym lampa daje się szybko przesuwać. Droga tych ruchów nie powinna przekraczać 6 cm., aby kontury serca nie uległy zmianie i wielkość obrazu serca zanadto się nie zmniejszyła. Jeżeli cienie innych tworów są duże, jeżeli znajdują się za blizko obok siebie lub wobec kliszy, zwłaszcza w wymiarze pionowym, wówczas obrazy tych cieniów na kliszy pozostaną.

d) **Ułatwiony sposób porównywania szmerów oddechowych i sercowych** zapomocą jednoczesnego osłuchiwania dwiema słuchawkami dwóch miejsc klatki piersiowej. (Drukowane w »Przegl. lek.« 1914 Nr 6.). W dyskusyi na ten temat zabierają głos kol. Wachholz, W. Jaworski, Blassberg i Mayer.

6. Kol. Wachtel przedstawia przypadek **białaczki** (leucaemia myeloides), dwa przypadki **kiłowych zmian aorty**, oraz przypadek **tętniaka łuku aorty.** W dyskusyi nad tymi przypadkami zabierają głos kol. Stahr, Gliński, Lewkowicz, Hirsch, Blassberg.

Posiedzenie z d. 11. II. 1914.

Przewodniczy kol. Kader. Obecnych 42 członków.

1. Odczytano protokół poprzedniego posiedzenia.

2. Kol. Borzęcki przedstawia chorą, która zgłosiła się z powodu **zmian kiłowych** rozpadowych, zajmujących skrzydełko lewe i przegrodę chrząstkową **nosa** z przedziurawieniem przegrody. Badanie jamy ustnej wykazuje ubytek, zajmujący podniebienie miękkie i twarde, sięgający na odległość 1—2 cm. od granicy zębów. Brzegi ubytku równe, gładkie. Na pierwszy rzut oka można myśleć o zniszczeniu podniebienia na tle kiłowem; badanie jednak szczegółowsze i objaśnienia chorej, że zmiana ta istnieje od dzieciństwa, skłania do rozpoznania **wrodzonego rozszczepienia podniebienia** (palatoschisis). U chorej tej stwierdzono objaw Argyll-Robertsona przy równych rozszerzonych źrenicach i przy braku innych objawów ze strony narządów nerwowych. Czy objaw ten jest zapowiedzią wiądu rdzenia, trudno rozstrzygnąć, podnieść należy tylko, że równoczesne istnienie zmian na skórze czy błonach śluzowych z wiądem rdzenia nie należy do częstych.

3. Kol. Stahr, jako delegat Krajowego Związku lekarzy, wygłosił wykład: **O uspołecznionej pomocy lekarskiej.** (Będzie drukowany w »Słowie lekarskiem«).

Dyskusya: a) Kol. Schoengut mówi o braku wśród lekarzy znajomości zawodowych ustaw lekarskich, a tembardziej ustaw o uspołecznionej pomocy lekarskiej. Znajomość ich jest konieczna dla skutecznej samoobrony przed olbrzymim rozwojem uspołecznionej pomocy lekarskiej, który grozi stanowi lekarskiemu upadkiem. Nadmierny przyrost liczby lekarzy w Austryi, a w Galicyi w szczególności, niewątpliwie też przyczynić się może do grożącego upadku. Dla skutecznej obrony przed niebezpieczeństwem konieczne jest z jednej strony uświadamianie społeczne lekarzy oraz organizowanie się w celu solidarnej akcyi, z drugiej strony zapobieganie przepełnieniu na wydziałach lekarskich. — b) Kol. Wachholz jest tego zdania, że wykształcenie społeczne lekarza na uniwersytecie jest dostateczne. Kol. Wrzosek prowadzi wykłady o propedeutyce lekarskiej, sam prelegent wykłada o prawach lekarza i odpowiedzialności jego, w wykładach jego jest dział, traktujący o ubezpieczeniu robotników od wypadków. — c) Kol. Damski zgadza się z wywodami kol. Stahra. Rozszerzenie się kas chorych przyniesie korzyść ubezpieczonym, a nie lekarzom. Większa część lekarzy stanie się urzędnikami, z tą jednak różnicą, że będą to urzędnicy bez władzy. Dla skutecznej obrony konieczne jest organizowanie się lekarzy. Pod względem organizowania się lekarzy Galicya przedstawia się najgorzej, bo ledwie 40% lekarzy jest zorganizowanych, natomiast w Czechach 99%, a w Dolnej Austryi 100%. — d) Kol. Bobrowski mówi o rozszerzaniu się uspołecznionej pomocy lekarskiej w zachodniej Europie i widzi w tem objaw dodatni. Mówca jest tego zdania, że lekarz kasowy może sumiennie wypełniać swoje obowiązki lekarskie. Odczuwa się pewne braki w wykształceniu zawodowem lekarza głównie co do orzeczeń o zdolności do pracy i co do symulacyi. — e) Kol. Glassner, uznając brak uświadomienia społecznego lekarzy, wnosi, aby Towarzystwo lekarskie krakowskie kilka wieczorów rocznie poświęcało na wykłady, zaznajamiające ogół lekarski z ustawami o ubezpieczeniu społecznem. — Dalej w dyskusyi zabierają głos kol. Jendl, Kostanecki, Kader, Weinsberg i Stahr.

Jednomyślnie przyjęto rezolucyę, podaną przez kol. Kadera, która w rozszerzonej formie opiewa: Towarzystwo lekarskie krakowskie dnia 11. II. 1914 r. w związku z odczytem delegata Kraj. Związku lekarzy, kol. Stahra, o uspołecznionej pomocy lekarskiej, po wyczerpującej dyskusyi

powzięło następującą rezolucyę: Towarzystwo lekarskie krakowskie uznaje w całej pełni konieczność lepszego uświadomienia lekarzy co do tej części ich działalności, która stoi w zależności od nowszych form życia społecznego i przygotowania ich do skutecznej obrony ich własnych interesów wobec nowej ustawy o ubezpieczeniu społecznem, zwłaszcza wobec kas chorych i zrzeszeń zawodowych, potrzebujących pomocy lekarskiej. Towarzystwo lekarskie krakowskie zwraca się do Krajowego Związku lekarzy z prośbą o bliższe wejrzenie w tę sprawę i wypracowanie wniosków, któreby później, w razie uznania potrzeby przez Związek, mogły być poddane bardziej ogólnemu rozpatrzeniu w Towarzystwie lek., w celu uzyskania podstaw, na którychby mogła rozwijać się działalność lekarzy w tym zakresie z pomyślnym dla nich wynikiem.

Sekretarz: K. Jaworski.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne z d. 27. I. 1914.

J. Pawiński wygłosił rzecz p. t.: **O wpływie wyskoku na układ krążenia krwi.** Prelegent wyjaśnia pochodzenie nazw: alkohol i wyskok. Pierwsza nazwa jest arabska i ma swe źródło w przedimku al i wyrazie kahal (drobno roztarty proszek — siarczan antymonu, używany przez kobiety wschodnie do czernienia brwi; w jaki sposób wyrażenie to przyswojone zostało alkoholowi, nie wiadomo). Polska nazwa wyskok, według Lindego oznacza: z pod prasy wyskakującą z winogron ciecz, wycisk. Następnie omówił prelegent przedewszystkiem lecznicze znaczenie wyskoku w cierpieniach układu krwionośnego. Wiadomo, że pod wpływem tej używki naczynia powierzchowne skóry ulegają rozszerzeniu, a ciśnienie krwi opada. Z tego faktu wyciągnięto wniosek, iż alkohol wpływa ujemnie na serce, osłabiając jego działalność. P. uważa obniżenie ciśnienia obwodowego za objaw niepomyślny wtedy, kiedy towarzyszą mu oznaki niedomogi serca, jak to bywa przy wadach zastawkowych. W niektórych natomiast cierpieniach mięśnia sercowego, powstałych wskutek zwiększonego parcia w układzie tętniczym, zmniejszenie ciśnienia jest celem naszych zabiegów leczniczych.

P. zaznacza dalej, że rozszerzenie naczyń obwodowych, zależne od porażenia nerwów zwężających naczynia skóry, nie wyłącza bynajmniej zwiększenia ciśnienia krwi w układzie tętnicy głównej. Wyskok wywiera wpływ nietylko na układ naczynioruchowy, ale na samo serce, wskutek czego skurcze stają się silniejsze. Jako środek podniecający w ostrej niedomodze serca jest wyskok, obok kamfory, dzielnym lekiem, dzięki szybkiemu wchłanianiu. Również w chorobach gorączkowych, wyniszczających ustrój, wyskok oszczędza węglowodany i tłuszcz, i dostarcza pewnej ilości ciepła. Dawki wyskoku powinny odpowiadać warunkom indywidualnym ustroju. Co się tyczy wpływu nadużywania napojów wyskokowych na naczynia, to podług dat statystycznych prelegenta, wyskok zajmuje trzecie miejsce wśród czynników etyologicznych stwardnienia naczyń (22·65%); w stwardnieniu tętnic wieńcowych na wyskok przypada 21·3% przypadków, w stwardnieniu zaś innych naczyń 23·3%. Należy przypuszczać, że stwardnienie naczyń w przypadkach nadużywania napojów wyskokowych powstaje z jednej strony z powodu wzmożonego ciśnienia w trzewiach brzusznych, z drugiej zaś z powodu szkodliwego denutrycyjnego wpływu wyskoku na włókna sprężyste i mięśnie ścian naczyniowych.

Posiedzenie kliniczne z d. 3. II. 1914.

1) Luxenburg przedstawił 40-letniego mężczyznę z **chorobą Morvana**. Rozległe zmiany czucia bólu, ciepła i dotyku; stawy barkowe powiększone, poduszkowate, chełbocące; ruchy w nich ograniczone (rentgenogram wykazuje zniszczenie kości ramieniowych); mięśnie ramion w stanie zaniku; skóra na kościach zgrubiała, obrzękła; znaczne braki na palcach (u jednej ręki zachowane ledwie części środkowych członków palców i cząstka kości napiętkowej dużego palca, u drugiej — resztki członków palców).

2) Stefan Kramsztyk wygłosił rzecz p. t.: **Badania fizyczno-chemiczne zasadowości krwi.** Od czasu, gdy opisano obraz kliniczny śpiączki cukrzycowej, utrwalił się pogląd na ten stan chorobowy, jako na zatrucie ustroju kwasami. Teorya ta opierała się na doświadczeniach, robionych na zwierzętach przez podawanie im kwasów, oraz na stwierdzeniu obecności kwasów we krwi w śpiączce i na względnem powodzeniu leczenia śpiączki zasadami. Jednakże w ostatnich czasach ukazały się prace, dowodzące, że kwasy w śpiączce działają nie przez pozbawienie ustroju zasad, lecz przez swoisty wpływ toksyczny. Rozstrzygające znaczenie w tej sprawie mają badania krwi. Przy zastosowaniu metody elektrometrycznej określania jonów wodoru w płynach, zawierających wolny kwas węglowy, próbował prelegent wywołać zakwaszenie, wzgl. zalkalizowanie krwi przez wprowadzenie królikom do żyły lub podskórnie odpowiednich rozczynów. Jedynie próby zakwaszania dały wynik dodatni, i to w warunkach, jakie nie istnieją w ustroju ani w stanie fizyologicznym, ani patologicznym. — Układ regulacyjny ustroju jest tak doskonały, że może niezmiernie długo opierać się wszelkim wpływom, mogącym zmienić choćby na czas krótki odczyn krwi. Można więc twierdzić, że w śpiączce cukrzycowej kwasy masłowe, aczkolwiek dostają się do krwi, krążą w niej jedynie pod postacią soli sodowych.

W dyskusyi a) Stan. Mutermilch zaznacza różnicę pomiędzy kwaśnością miareczkową, a kwaśnością, wykazującą ilość wolnych katjonów (H). Odczyn krwi i cieczy tkankowych jest bardzo słabo zasadowy, dzięki obecności nieznacznej ilości wolnych jonów OH. To stałe zachowanie pewnej koncentracyi jonowej ma pierwszorzędne znaczenie dla zachodzących w ustroju spraw biologicznych. Podczas dyssymilacyi powstają w komórkach rozmaite kwaśne produkty. Ustrój posiada zdolność usuwania szkodliwego działania tych związków kwasowych, przedewszystkiem dzięki specyalnemu układowi regulacyjnemu, i zachowywania niezmiennie swego odczynu. Krew nie może wykazywać odczynu kwaśnego; co więcej, niemożliwe jest nawet życie przy zupełnie obojętnym odczynie krwi. Pomimo to należy zachować w klinice nazwę kwasicy (acidosis), gdy istnieje nadprodukcya związków kwaśnych. Zapomocą badania krwi nie możemy rozpoznać kwasicy, gdyż odczyn istotny, jak stwierdził prelegent, pomimo wybitnej kwasicy, ulega minimalnym wahaniom; pozostaje jedynie badanie moczu co do ciał acetonowych, wzgl. amoniaku. Wreszcie porusza M. sprawę stosunku pomiędzy odczynem, a przejawami elektrycznymi tkanek.

b) Landau A. nie godzi się z wnioskami prelegenta, że jonowe badania alkaliczności krwi obaliły dawniejsze badania zapomocą miareczkowania; zdaniem L., obie metody uzupełniają się nawzajem. Z punktu widzenia klinicznego przywiązuje L. nawet większą wagę do alkaliczności miareczkowej, która ulega obniżeniu w kwasicy.

c) Stan. Mutermilch twierdzi, że miareczkowanie nie może dać pojęcia o ilości alkaliów we krwi, a zwłaszcza w tkankach.

d) Kramsztyk w odpowiedzi, podnosząc ważność uwag, uczynionych przez Mutermilcha, uznaje, że metody określania zasadowości krwi drogą miareczkowania będą mieć zawsze znaczenie dla pewnych celów klinicznych.

Posiedzenie kliniczne z d. 17. II. 1914.

1) Szteyner przedstawił chorego, wyleczonego z olbrzymiego **ropnia wątroby** zapomocą hepatotomii dwukrotnej.

2) Higier przedstawił przypadek **postaci powrotnej rozsianego zapalenia nerwów.**

3) Rzętkowski wygłosił rzecz p. t.: **O niedomodze**

mięśnia sercowego. Prelegent stwierdza istnienie zmian czynnościowych w mięśniu sercowym, które mogą wywołać rozwijanie się niedomogi mięśnia w postaci różnych zboczeń jego czynności. Omawia chemię mięśnia sercowego, zwłaszcza chemiczną teoryę jego skurczu, przytacza dane, dotyczące form patologicznych czynności mięśnia sercowego na zasadzie badania odcinków serc zarodkowych, przechowywanych metodą Burrows-Carrela, oraz chemię histologicznie niezmienionego mięśnia, będącego w stanie niedomogi. Kończy swój wykład omówieniem teoryi działania naparstnicy na serce za pośrednictwem nerwu błędnego.

W dyskusyi: a) Stan. Mutermilch zaznacza, że dopiero wówczas będziemy mogli poznać istotę niedomogi mięśnia sercowego natury czynnościowej, t. j. bez zmian histologicznych, gdy wyjaśniona zostanie fizyologia skurczów włókien mięsnych wogóle, w szczególności zaś rytmicznych skurczów włókien mięsnych serca. Obecnie możemy twierdzić napewno, że prawidłowość skurczów włókien mięsnych serca zależy ściśle od zachodzących w nich procesów przeróbki materyi. W rozpoznawaniu zaburzeń w tej przeróbce materyi wielkie usługi, zdaje się, odda metoda elektrokardyograficzna.

b) Pawiński sądzi, że nie wszystkie zaburzenia czynnościowe zależą tylko od zmienionych warunków odżywiania włókien mięsnych serca, gdyż i układ nerwowy odgrywa w nich według wszelkiego prawdopodobieństwa ważną rolę. Nato wskazują niektóre przypadki nerwic serca, występujące wśród najlepszego zdrowia, trwające nieraz całe lata bez żadnego szkodliwego wpływu na sprawność mięśnia sercowego, jak również przypadki nagłego porażenia serca wskutek wzruszeń.

Posiedzenie kliniczne z 24. II. 1914.

1) Neugebauer przedstawił: a) **jaje pięciotygodniowe,** poronione samoistnie; b) **płód z ranami wskutek zbrodniczego poronienia**: po prawej stronie brzucha widać ranę kłutą, wątroba obnażona — wynik manipulacyi akuszerki; c) **potworka** 7-miesięcznego, żywo urodzonego, który zmarł w 5 minut po urodzeniu: brak otworu stolcowego, zewnętrznych części płciowych i otworu zewnętrznego cewki moczowej, zrośnięcie kończyn dolnych bez stopy; d) **kulę drewnianą** o przekroju 10 ctm., którą dwaj złodzieje przez zemstę wepchnęli swemu koledze do odbytnicy; kulę tę usunięto zapomocą kleszczy położniczych; e) chorą po operacyi **ciąży jajowodowej** donoszonej, rozwiniętej śródwięzadłowo bez pęknięcia jajowodu; przebieg ciąży był bardzo łagodny, bez wszelkich bólów.

2) Stan. Kopczyński przedstawił przypadek **aleksyi,** zależnej od ogniska rozmięknienia wskutek udaru w płacie ciemieniowo-potylicznym lewym.

3) Wernic wygłosił rzecz p. t.: **Nowoczesne poglądy na patogenezę, rokowanie i leczenie róży.** Anatomicznie róża jest to dermatolymphangoitis vesicularis streptococcica. Paciorkowce przenikają przez naczynia i przestrzenie chłonne. Sprawa zaczyna się w warstwie siatkowej, skąd szerzy się dalej. Źródłami szerzenia się róży najczęściej nie są przypadki tej choroby, lecz sprawy ropne, połogowe, być może i płonica. Prelegent dzieli różę na miejscową (85%), uogólniającą się (10%), ze skłonnością do nawrotów (5%). Zaznacza istnienie róży bez zajęcia skóry i bez ciepłoty podniesionej. Rozpoznanie radzi opierać na całokształcie przebiegu; najczęściej mylnie bywają rozpoznawane ukryte czyraki. Rokowanie zależy od siedziby róży, wieku, typu róży, stanu krwi, chorób poprzedzających i wikłających, pory roku. Róża kończyn dolnych często wywołuje poronienie. Korzystne działanie róży spostrzegano w nowotworach, gruźlicy, we wrzodach przewlekłych. Leczenie przyczynowe polega na uodpornianiu biernem (najlepsze wyniki po surowicy przeciwbłoniczej) i czynnem. Ze środków bakteryobójczych najlepiej działa kolargol, wstrzykiwanie terpentyny, przekrwienie; ze środków miejscowych okłady z alkoholu, płynu Burowa, maści borowej i wapiennej, kolodyum (nie na twarzy) z ichtyolem. Prelegent doszedł do wniosku, że róża nie przenosi się przez powietrze, lecz wymaga osoby trzeciej. Najczęstszem źródłem róży są cierpienia ropne i popołogowe; wyjątkowo chory na różę wydziela zarazek zdolny do życia i zarażania. Zjawianie się róży na oddziałach wewnętrznych nie jest skutkiem wyłącznym pierwszego przypadku, lecz może być skutkiem działania psychicznego, wyzwalania się otorbionych paciorkowców. Róża daje rokowanie takie samo, jak odra. Walka z nią, to walka ze sprawami ropnemi.

W dyskusyi: a) Luxenburg zaznacza, że w jego praktyce szpitalnej ani jeden z chorych na choroby wewnętrzne nie zaraził się różą od sąsiadów. Śmiertelność z tej choroby jest bardzo mała. Co do leczenia, to żadnemu ze środków wewnętrznych nie można przypisać wpływu leczniczego. L. widział po srebrze koloidalnem pomyślne wyniki.

b) Trzciński sądzi, że różę należy traktować jako chorobę wysoce zaraźliwą. T. zaleca okłady parujące z alkoholu absolutnego.

c) Jaworski J. przytacza przypadek z własnej praktyki, dowodzący identyczności etyologicznej róży i gorączki połogowej.

d) Zembrzuski L. ze stanowiska chirurgicznego twierdzi, że aczkolwiek przez proste dotknięcie chorego na różę zarażenie jest mało prawdopodobne, to jednak róża przyranna odznacza się szczególną złośliwością. Wszelkie przedmioty, które się zetknęły z raną chorego na różę i z nim samym, powinny być wyjałowione, a chorzy tacy odosobnieni. Korzystniej też jest, aby zarówno wśród publiczności, jak wśród lekarzy utrwaliło się raczej przekonanie o zaraźliwości róży.

e) Lande spostrzegał w szpitalu szereg sporadycznie występujących zakażeń w razie przyjęcia na oddział wewnętrzny chorego z różą, po odnowieniu sali zakażenia; te się nie zdarzały, dopoki nowy przypadek róży się nie zabłąkał.

f) Saski St. zaznacza, że należy się liczyć z zaraźliwością róży, czego dowodzą jego spostrzeżenia z oddziału wewnętrznego.

Tadeusz Borzęcki.

Larosan "Roche"

Dyetetyczny środek lekarski
przy zaburzeniach w odżywianiu i biegunkach.

Sprowadza u sztucznie karmionych niemowląt
stałe stolce oraz
szybki przyrost na wadze.

Zupełnie pewne działanie! Umiarkowana cena!
Schludny ręko[?]czyn! Łatwe przyrządzanie!
Kazeina nie ścina się! Przyjemny smak!

CENA: W oryginalnem opakowaniu à 10×10 g
Kr. 2.75.



F. HOFFMANN-LA ROCHE i S-ka
BAZYLEA - WIEDEŃ III/1.

24. Zjazd francuskich chirurgów

w Paryżu 6—11 października 1913

podał Dr Adolf Klęsk.

Prezydent Zjazdu Kirmisson otworzył obrady odczytem, w którym podniósł wielki postęp nowoczesnej chirurgii ortopedycznej.

Baumgartner (Paryż) omawiał następnie jeden z tematów głównych: **Sposoby krwawego leczenia zesztywnienia stawów**, a więc wycinanie częściowe stawów, wycinanie całkowite i wszczepianie nowego stawu, a wreszcie interponowanie części miękkich. Najczęściej stosuje się obecnie uruchomienie w stawach żuchwy, łokciowych i biodrowych w razie obustronnego zesztywnienia.

Denné rozwodził się nad operacyami w pojedynczych stawach, tę samą sprawę omawiał Tubby (Londyn) i Putti (Bologna), zalecając do interpozycyi płaty powięzi. W dalszej dyskusyi przemawiali Lardennois, Judet, Roux i t. d.

Drugim tematem głównym była: **Chirurgia kiszki grubej.** Opracowali ją ze stanowiska anatomicznego Patel (Lyon), techniki operacyjnej Duval, badania wziernikami Friedel, radioskopii Aubourg.

Trzeci temat: **Leczenie uszkodzeń czaszki, zadanych pociskami małego kalibru,** omawiali ze stanowiska chirurgii polowej Billet, a pokojowej Demoulin. Billet zaleca o ile możności postępowanie zachowawcze z wyjątkiem t. zw. postrzałów stycznych, gdzie bardzo często interwencya operacyjna jest potrzebna. Demoulin przy postrzałach rewolwerowych zachęca do postępowania czynnego. Willems omawia swe doświadczenia w wojnie bałkańskiej. W dyskusyi omawiano dalej ten temat, a zwłaszcza możność radiologicznego określania położenia pocisków. Z dalszych tematów wspomnieć należy o następujących: Wyjaławianie z pomocą par formolu (Barthelemy i Gross), aseptyka ran (Sorel), ogólne znieczulenie rdzeniowe stowainą (Jonnescu), znieczulanie miejscowe pozaoponowe, leczenie raka piorunowaniem, technika operacyi brzusznych (zalecano cięcie poprzeczne), leczenie skrzywień kręgosłupa sposobem Abbotta (Calot bardzo je zachwala) i t. d.

Na najbliższy Zjazd obrano jako tematy: 1) Urazy stawu ręcznego bez rany. 2) Guzy przynerkowe. 3) Rak języka.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Deontologia zdrojowa.

Wydziały obu Izb lekarskich galicyjskich uchwaliły na wspólnem posiedzeniu w d. 5. V. 1914 w Krakowie następujące przepisy o wzajemnym stosunku lekarzy zdrojowych i lekarzy ordynujących.

I. Obowiązki lekarza ordynującego.

1. Lekarz ordynujący powinien przy wyznaczaniu zdrojowiska mieć na względzie przedewszystkiem dobro chorego. Gdy tych samych wyników według najlepszej wiedzy i przekonania oczekiwać może z leczenia w zdrojowisku krajowem, powinien dać mu pierwszeństwo.

2. W zasadzie wybór lekarza zdrojowego należy do chorego. Gdyby więc pacyent sam wymienił pewnego lekarza zdrojowego, któremu stanowczo chce się oddać w leczenie, lekarz ordynujący nie powinien wpływać na zmianę w tym względzie i innego kolegę w zakresie tej samej specyalności zalecać.

3) Lekarz ordynujący, wysyłając chorego do zdrojowiska, powinien ograniczyć się wobec chorego tylko do ogólnych uwag o leczeniu zdrojowem, a jedynie w razie bardzo ważnych przeciwwskazań może o nich chorego zawiadomić. Szczegółowa or-

ZŁOTY MEDAL LWÓW 1907 WYSTAWA PRZYRODNICZO-LEKARSKA; DYPLOM HONOROWY.

ZŁOTY MEDAL. WIEDEŃ 1913. III. MIĘDZYNARODOWA WYSTAWA FARMACEUTYCZNA.

Omnopon Laokoon

Alcaloida **omnia opii** smyrnei

Wyciąg wodny zawierający ściśle oznaczoną ilość działających alkaloidów opium.

Według przeprowadzonego badania analitycznego przez JWP. Prof. Dra Bądzyńskiego 1 cm³ roczczynu zawiera w sumie 0·0193 części stałych w tem alkaloidów opium: 0·0179

WSKAZANIA:

1) Bóle i inne nieprzyjemne uczucia wszelkiego rodzaju.
2) Bezsenność z powodu bólów.
3) Nieżyt kiszek, biegunka.
4) Stany podniecenia w uśpieniu chloroformowem, stany lęku i podniecenia rozmaitego pochodzenia: w neurastenii, obłąkaniu, obłędzie opilczym i padaczce.
5) Kaszel wywołany silną wydzieliną z oskrzeli: nieżyt oskrzeli, choroby płuc.
6) Duszność przy wadach serca, w dychawicy.
7) Zapalenie otrzewnej i kątnicy, stany zapalne, krwawienia przewodu pokarmowego, otrzewnej, wymagające zniesienia robaczkowego ruchu jelit.

Omnopon:

a) **pastylki à 0·01.**
1 słoik zawierający 20 pastylek 1—2 past. na raz, 2—4 dziennie.
b) **krople 2% rozczyn wyjałowiony**
flaszeczka 12 cm³ 2% roztworu omnoponu, 3 r. dz. po 15—20 kropel lub co 3 godz. po 10—15 kropel.
Dla dzieci
jednorazowa dawka, licząc 1 kroplę na każdy rok życia.
c) **ampułki**
1 ampułka zawiera 1 cm³ = 0·02 omnoponu, pudełko zawiera 10 fiolek.

Próbki na żądanie PP. Lekarzy bezpłatnie. 217 a

FABRYKA CHEMICZNA LAOKOON LWÓW

dynacya w zdrojowisku i przeprowadzenie leczenia zdrojowego należy do zakresu lekarza zdrojowego, który jednak ma obowiązek uwzględnić wskazania, a zwłaszcza przeciwwskazania, podane przez ordynaryusza.

4. Lekarz ordynujący przesyła w każdym wypadku, o ile to tylko jest możliwe, najlepiej bezpośrednio pod adresem lekarza zdrojowego, informacye o rozpoznaniu, szczegółach wywiadów, przebiegu cierpienia, dotychczasowem leczeniu chorego i skutkach leczenia, podając koledze sezonowemu tylko ogólny kierunek leczniczy, wskazania i przeciwwskazania, a nadto zwracając jego uwagę na pewne właściwości chorego, somatyczne psychiczne, idyosynkrazye, dziedziczność i na jego położenie społeczne. Chorych, którzy kilka razy przebywali w pewnem zdrojowisku i znają dokładnie miejscowe stosunki, względnie stale leczą się tamże u tego samego lekarza zdrojowego, może ordynaryusz wysłać bez listu, jeśli w stanie ich zdrowia nie zaszło jakieś nowe powikłanie.

II. Obowiązki lekarza zdrojowego.

5. Nie przystoi, by lekarz zdrojowy przed sezonem nachodził wpływowe osoby, zakłady i lekarzy o nadsyłanie mu pacyentów. Wolno lekarzowi zdrojowemu rozsyłać przed sezonem listy do lekarzy o swej praktyce sezonowej i podczas całego sezonu zamieszczać zwykłe ogłoszenia w pismach lekarskich i codziennych;

6. W stosunku z chorymi lekarz zdrojowy ma jak najściślej przestrzegać ogólnie obowiązujących przepisów etyki lekarskiej, a w szczególności powinien starannie czuwać, by pacyent względem lekarza ordynującego zachował niezachwiane zaufanie. Nie wolno więc lekarzowi zdrojowemu krytykować wobec chorego lub zmieniać rozpoznania choroby lub wdawać się w krytykę poprzedniego leczenia. Uwagi i spostrzeżenia wszelkie pod względem rozpoznania, leczenia, rokowania, zaleca się przesłać bezpośrednio pod adresem lekarza ordynującego, względnie domowego.

7. Po ukończeniu leczenia jest bardzo wskazanem, by lekarz zdrojowy przesłał lekarzowi ordynującemu krótkie sprawozdanie o przebiegu leczenia. Lekarz zdrojowy po ukończeniu leczenia sezonowego powinien wstrzymać się od udzielania choremu ordynacyi na przyszłość i skierować go z powrotem do ordynaryusza. Jedynie w takich przypadkach, gdy chory, opuszczający zdrojowisko, nie ma stałego lekarza ordynującego, może lekarz zdrojowy udzielić mu najniezbędniejszych ogólnych wskazówek i przepisać leczenie na najbliższą przyszłość. Nie wolno lekarzowi zdrojowemu po ukończeniu sezonu obejmować w dalsze leczenie stałe chorego, którego mu kolega ordynujący do zdrojowego leczenia polecił. Również nie wolno lekarzowi zdrojowemu po ukończeniu leczenia zdrojowego zalecać pacyentowi innego lekarza ordynującego, a nie tego, w którego leczeniu chory przed leczeniem sezonowem pozostawał.

8. W przypadkach ważnych powikłań, powstałych w czasie leczenia sezonowego, wyłaniających się nowych wskazań lub przeciwwskazań, oraz w razie potrzeby zabiegu operacyjnego, powinien lekarz zdrojowy, o ile to tylko możliwe, porozumieć się z lekarzem wysyłającym, a gdyby to nie było możliwem, odbyć naradę z innym kolegą i zawiadomić o jej wyniku ordynaryusza.

9. Jeżeli lekarz zdrojowy uzna, że chory nie kwalifikuje się do leczenia w tem zdrojowisku, powinien choremu poradzić wyjazd ze zdrojowiska w tak oględny sposób, aby nie narazić zaufania chorego do ordynaryusza.

III. Obowiązki lekarzy zdrojowych w stosunkach wzajemnych.

10. W stosunku wzajemnym obowiązują lekarzy zdrojowych ogólne zasady etyki lekarskiej. — Pożądanem jest, by lekarze zdrojowi w każdem zdrojowisku ułożyli za wspólnem porozumieniem taryfę za czynności lekarskie, którą należy przesłać Izbie lekarskiej do zatwierdzenia.

Wiadomości bieżące.

Kraków. III. Zjazd balneologiczny polski w połączeniu ze Zjazdem turystycznym odbył się w Krakowie w d. 4. i 5. maja 1914. Ogólne sprawozdanie ze Zjazdu podamy w zeszycie następnym.

— Na tablicę ś. p. Dr Droby złożył w Redakcyi »Przeglądu lek.« Dr Poźniak 2 K.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 19. IV. do 25. IV. 1914 zgłoszono przypadków: błonicy 3 † 1 (obcych 1 † —), krztuśca 2 † 2 (— † —), ospy wietrznej —, płonicy 10 † 3 (— † —), odry 3 — (— † 1), duru brzusznego 2 † — (1 † —), czerwonki 1, róży 2 † 1 (— † —), Dr Janiszewski.

Warszawa. Na porządku dziennym posiedzenia Wydziału III Towarzystwa naukowego warszawskiego d. 7. V. 1914 znajdowały się m. i. następujące komunikaty: 1) K. Stołyhwo: Demonstracya schematu do badań antropologicznych. 2) J. Sosnowski: O przebiegu zjawisk wtórnych elektrycznych w nerwie. 3) I. Swiętochowski: Analiza fali pulsowej. 4) J. Tur: O pochodzeniu wielokrotności rdzenia i jej znaczeniu morfologicznem. 5) R. Jakimowicz: Materyał osteologiczny z cmentarzyska w Niewiadomej na Podlasiu.

— Towarzystwo naukowe warszawskie utworzyło pracownię chemii fizyologicznej i patologicznej i rozszerza urządzenia pracowni serologicznej

Apteka pod „Aniołem"
Kraków-Półwsie.
Pilulae Eucalyptoli comp. fabr. Banke.
Stosowane z bardzo korzystnym wynikiem w przypadkach chorób dróg oddechowych. Zastępują w zupełności wszelkie dotychczasowe przetwory kreozotowe. Słoik oryg. zawiera 200 pigułek otoczonych czekoladą.
Ung. Amidoazotoluoli Banke
działającego składnika czerwieni szkarłatnej celem przyspieszenia ziarninowania i pokrywania się rany przyskórkiem. — W tubach i słoikach oryginalnych.
Własnego wyrobu:
wszelkie wyjałowione wstrzykiwania podskórne w ampułkach ze szkła jenejskiego. 240
Ung. hydrargyri oxydati flavi pultiforme „Banke" sec. Dr Schweissinger.

Naturalna Szczawa Bilińska
Najobfitsza alkaliczna (sód-lit) szczawa Czech. 143

— Kierownictwo działu chorób płuc w zakładzie Sławuckim objął po ś. p. Dr Dobrzyckim Dr Stanisław Tuz.

— Do Zarządu Towarzystwa higienicznego warszawskiego na r. 1914 wybrani zostali z lekarzy: Dr Polak, Chełchowski i Kosmowski.

— Towarzystwo higieniczne warszawskie urządza w jesieni r. b. wystawę miast i mieszkań, we własnym gmachu. (Med. i Kron. lek. 18).

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 27. IV. do 4. V. 1914 przypadków: ospy 1 † —, płonicy 3 † —, róży 3 † —. Dr Trenkner.

Z różnych stron. W Raguzie w Dalmacyi otwarł Dr Solecki »Dom dla ozdrowieńców«.

— Komisya Dumy państwowej rosyjskiej uchwaliła następujące płace dla profesorów uniwersytetu: profesor zwyczajny 4.500 rb. z 2 pięcioleciami po 750 rb., nadzwyczajny 3000 rb. z pięcioleciami po 500 rb., dodatek dla dyrektorów zakładów i klinik po 1200 rb., za dodatkowych 6 godzin zajęć ze 150 słuchaczami 600 rb.; profesorowie nie będą pobierać czesnego. (Med. i Kron. lek. 18).

Zmarli: Dr K. Rząśnicki w 28 r. ż. w Rewlu (z duru); Dr Wacław Dobrowolski w 63 r. ż. w Petersburgu.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

»Ovomaltine« Dr Wander. Dr med. Karl Nauer (Schweizer. Runds. f. Med. Nr 46. 1910).

Jak długo teorya Liebiga, według której zdolność narządów polegała przeważnie na ich zawartości białka, opanowywała pole, wysuwały się naturalnie przetwory białkowe na plan pierwszy. Nowsze badania zachwiały atoli tą teoryą. I tak nie ciała białkowe, lecz węglowodany, są źródłem siły mięśniowej. Dlatego zażądano, by zupełne środki odżywcze posiadały oprócz białka specyalnie węglowodany, jakoteż tłuszcz i sole, i to najlepiej w stosunku znanym z fizyologii według Pettenkofera i Voita t. j. 15—20% białka, 10% tłuszczu, 60—70% węglowodanów. Tym wymaganiom odpowiada w wysokiej mierze naturalny przetwór odżywczy z Dra Wandera wyciągu słodowego, świeżego lecz jałowego mleka, świeżych jaj i kakao, »ovomaltine« o składzie:

wody	2,5
tłuszczu	3,85
proteiny	13,62
węglowodanów (rozp.)	76,57
części mineralnych	3,46
	100,—

Nie znam prawdziwie środka odżywczego o składzie w przybliżeniu tak szczęśliwym jak owomaltyna. Stosowałem ją przeto i próbowałem w praktyce i nie zawiodłem się. W wielkiej ilości przypadków chorobowych, gdzie stosowałem owomaltynę, przekonałem się, że stanowi ona doskonały środek dyetetyczny. U ozdrowieńców, przy błednicy, gruźlicy otrzewnej, cierpieniach żołądkowo-jelitowych, chorobach serca i nerek, jakoteż u położnic, neurasteników i t. d. działa owomaltyna znakomicie wzmacniająco. Zwracam jeszcze uwagę na wartość owomaltyny jako napoju podczas śniadania. Wytężająca nasza praca wymaga koniecznie racyonalnego środka odżywczego. Owomaltyna dostarcza nam w najkrótszym czasie nowego zasobu sił, chroni organizm przed grożącemi chorobami konstytucyonalnemi i zmniejsza dyspozycyę do chorób zakaźnych.

Niska cena K 1·— za 100 gr. przy wysokiej wartości kaloryi 473 w powyższej dawce wskazuje na to, że i z ekonomicznego punktu widzenia czyni owomaltyna zadość wszystkim wymaganiom. W. Wr.

HUNYADI JÁNOS
GORZKA WODA NATURALNA
NAJLEPSZY ŚRODEK CZYSZCZĄCY
ZWRACAĆ UWAGĘ NA FIRMĘ ANDREAS SAXLEHNER NA KAŻDEJ ETYKIECIE

IWONICZ Dr STAUBER ordynuje jak zwykle od 20 maja. 285

Karlsbad Dr med. ADAM MACIĄG b. asystent c. k. kliniki chorób wewn. Uniw. Jagiel. ordynuje jak lat ubiegłych Dom »KRONENAPOTHEKE« (przy Mühlbrunie). 137

Dr MAKSYMILIAN FUCHS ordynuje jak dawniej w Badenie (pod Wiedniem) ul. Renngasse 6.

Dr WŁADYSŁAW KLUGER b. Asystent kliniki chorób wewnętrznych Uniw. Jagiel. ordynuje jak lat ubiegłych w MARYENBADZIE, Dom „Stadt Hannover" Kirchenplatz. 235

KRYNICA Pensyonat i Zakład leczniczy Dr. E. ZARZYCKIEGO 156
od maja do października. — Wodolecznictwo na miejscu. — Żądać prospektów

Dr M. Wachnianin ordynuje jak ubiegłych lat od maja w KARLSBADZIE dom »Goldener Löwe« naprzeciw Kurhausu. 243

Dr Józef LIEBESKIND
MARYENBAD, Dom „Kronprinz".

MATTONI'EGO SÓL MUŁOWA



z leczniczego mułu - Soos pod Franosnsbadem. :: Naturalne zastępstwo kąpieli mułowych w domu. Zastosowanie podług przepisu lekarskiego. Żądać zawsze MATTONI'EGO SOLI MUŁOWEJ.

Zamiast Tranu, Jodu, Żelaza!
Pastilli Jodo-Ferrati comp. „Jahr"
Przetwór leczniczy składający się: z Kali jod. 0·05 Ferratin 0·10 Calc. glycer. phosph. aa. 0·10 o przyjemnym smaku, wzmacniający, podniecający łaknienie, przyczyniający się do pomnożenia ciałek krwi i rozrostu kości.
Pastilli Jodo-Ferrati comp. „Jahr"
polecane są z dobrym skutkiem przy błednicy, niedokrewności i jej następstwach, zołzach, rachitis i t. p. Daw. dz.: dla dzieci 2—4 szt., dla dorosłych 6—9 szt. Tylko w oryginal. pudełkach zawierających 24 sztuk.
Cena 2 Korony 50 halerzy. 215 c
Rp. Pastill. Jodo-Ferrat. comp. „Jahr" scat. orig.
Wyrób i główny skład
w Aptece FORTUNATA GRALEWSKIEGO w Krakowie ul. Szczepańska l. 1.
Składy prawie we wszystkich aptekach.

Szczawa Krondorfska uznana za najlepszą i naturalną.
Najlepsze skutki w nieżytach żołądka i pęcherza, jakoteż dróg oddechowych.
Prospekty rozsyła na żądanie Brunnen-Unternehmung Krondorf bei Karlsbad lub też Generalna reprezentacya dla Galicyi i Bukowiny, Kraków, Grodzka 48. Lwów, Sykstuska 81. 6

Rok LIII. Kraków, dnia 16 maja 1914. Nr 20.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Zaburzenia odżywiania u niemowląt.

(Wykład kliniczny).

Podał

Prof. Dr Ksawery Lewkowicz.

(Dokończenie).

Tolerancya u jednego i tego samego osobnika nie jest wartością stałą. Przedewszystkiem zmienia się z wiekiem. Najniższą jest u noworodka, podnosi się następnie początkowo szybko, później coraz wolniej. Wszystkie czynniki, działające niekorzystnie na cały ustrój, wywołują obniżenie tolerancyi. W ten sposób działa, jakeśmy już widzieli, przekroczenie tolerancyi, a raczej jego stałe następstwo, zaburzenie odżywiania. Podobnie działają wszelkie choroby zakaźne gorączkowe, nawet usadowione poza przewodem pokarmowym (zakażenia pozajelitowe, »parenteralne«), takie, jak odra, grypa, zapalenie ucha środkowego, zapalenie pęcherza i miedniczek nerkowych. Wreszcie taki sam skutek mogą mieć upały letnie, lub użycie pokarmu rozłożonego. Niekorzystnie także może wpłynąć głodzenie dziecka, mianowicie, jeżeli chodzi o dziecko już uszkodzone. Należy to tembardziej podnieść, że z drugiej strony ograniczenie pokarmu u takiego dziecka może być wskazane ze względu na nizką tolerancyę; środek ten, jak widzimy, jest obosieczny.

Po zadziałaniu jednego z tych czynników mogą wystąpić objawy niestrawności skutkiem przekroczenia tolerancyi, mimo to, że przedtem pokarm podawany był dobrze znoszony i że ani co do ilości, ani co do jakości nie został zmieniony; zmienił się jednak drugi rozstrzygający czynnik, mianowicie tolerancya. Przy ssaniu piersi dziecko unika instynktownie tego przekroczenia przez ograniczanie przyjmowania pokarmu, równocześnie bowiem z obniżeniem tolerancyi zmniejsza się jego łaknienie, dziecko zatem mniej ssie, a to tembardziej, że ssanie wymaga znacznego wysiłku. Przy karmieniu flaszką, gdy ten wpływ regulujący działa w mniejszym stopniu, przekroczenie tolerancyi następuje bardzo łatwo.

Zasadnicze znaczenie w etyologii zaburzeń odżywiania ma wreszcie fakt, że tolerancya dla każdego rodzaju pokarmu jest u tego samego osobnika inna, a dla pokarmów sztucznych wogóle znacznie niższa, niż dla mleka kobiecego. U niemowlęcia w wieku 1—2 miesięcy przyjmuje Pirquet w swoich schematach jako granicę tolerancyi dla mleka kobiecego 150 kaloryi na kg, dla mleka krowiego rozcieńczonego wodą ocukrzoną do $^1/_3$ 125 kal., dla rozcieńczonego do $^1/_2$ 110 kal., dla rozcieńczonego do $^2/_3$ 90 kal., a dla pełnego tylko 75 kal. Mlekiem $^2/_3$ i mlekiem pełnem takiego niemowlęcia karmić nie można, gdyż przy podaniu mleka według prawidłowego zapotrzebowania, 100 kaloryi, następuje przekroczenie tolerancyi. Ale nawet karmienie mlekiem $^1/_2$ jest niebezpieczne, jeżeli bowiem skutkiem zadziałania jakichkolwiek niekorzystnych wpływów na niemowlę tolerancya choćby nieznacznie się obniży, przekroczenie jej stanie się nieuchronne.

Jeszcze niekorzystniej przedstawiają się te stosunki przy karmieniu sztucznem noworodka, gdyż u niego tolerancya jest niższa. Dlatego karmienie sztuczne zwykłemi mieszankami z mleka krowiego, nawet przy użyciu rozcieńczenia do $^1/_3$, jest w tym wieku przedsięwzięciem bardzo ryzykownem.

Pojęcie tolerancyi z jej wysokością, zależną od tak wielu czynników, nie tłómaczy nam oczywiście niczego, pozwala nam tylko przejrzyście zszeregować fakty, ułożyć je w schematy i ułatwia znakomicie zoryentowanie się w tych zawiłych stosunkach. Przyjmując nizką tolerancyę dla mleka krowiego i jego rozcieńczeń, stwierdzamy tylko fakt ogólnie uznany, że przy użyciu tego mleka zaburzenia występują znacznie łatwiej i przebiegają ciężej, niż przy mleku kobiecem. Fakt ten jest tem dziwniejszy, że pomiędzy składem chemicznym mleka krowiego i kobiecego pozornie niema tak wielkich różnic, któreby te tak różne wyniki karmienia usprawiedliwiały. Mleko krowie zawiera wprawdzie w porównaniu z mlekiem kobiecem znacznie więcej istot białkowatych, w szczególności sernika (3·5 i 1%) i soli (0·78 i 0·20%), a nieco mniej tłuszczu (3·5 i 4%) i cukru (4·5 i 7%), ale wartość kaloryjna jest zupełnie równa (65—70 kaloryi w 100 gr), skąpość jednych składników jest bowiem wyrównana w izodynamiczny sposób obfitością innych. Mlekiem krowiem musiałoby się więc przy użyciu równych ilości otrzymać tesame wyniki, co przy mleku kobiecem, gdyby mleko to było równie dobrze znoszone, ale właśnie tolerancya dla mleka krowiego leży, zwłaszcza we wczesnem niemowlęctwie, bardzo nizko. Wyjaśnienie tego zagadkowego zjawiska musiało być głównem zadaniem badań nad patogenezą zaburzeń odżywiania.

Przy tego rodzaju określeniu głównego problematu

odpadają już z góry pewne dawne tłómaczenia. Próbowano, jak nadmieniłem, zastosować do badań po kolei wszystkie ściślejsze działy medycyny. Posługiwano się najprzód metodami anatomii patologicznej. Nie uzyskano jednak wyjaśnienia sprawy, a w ostatnich czasach podano w wątpliwość wszystkie dawniejsze wyniki badań. Okazało się bowiem, że wyniki w przypadkach czystych i świeżych są zupełnie ujemne, jeżeli się przez wczesne ustalenie materyału zapobiegnie zmianom pośmiertnym przewodu pokarmowego, zależnym od działania mikrobów i fermentów. Także i bakteryologia niczego nie wyświetliła, a przynajmniej nie zdołano wykazać żadnych swoistych spraw zakaźnych. Musi tu zatem chodzić o zaburzenia czynnościowe, zależne od składu chemicznego pokarmu. W ten sposób rozumieć należy według Czernego i Kellera zaburzenia odżywiania, a w szczególności praktycznie najważniejsze i jedynie nas tutaj zajmujące zaburzenie, t. zw. szkodę pokarmową mleczną (Milchnährschaden), t. j. szkodę wywołaną przez karmienie mlekiem krowiem.

Chodziłoby teraz o stwierdzenie, który ze składników mleka krowiego, albo też która kombinacya składników jest ową »materia peccans«, wywołującą uszkodzenia pokarmowe.

Metoda badania jest dosyć prosta. Musimy tylko systematycznie zmieniać ilości poszczególnych składników pokarmu i baczyć, jak takie zmiany oddziałują na objawy chorobowe.

Biedert, który pierwszy stanął na stanowisku wpływów czysto pokarmowych, sądził, że owym winowajcą jest sernik. Jego teorya trudnej strawności sernika, któryto sernik, w pewnej części nie strawiony i nie wessany, jako »szkodliwa reszta pokarmowa« ulegać miał niepożądanym rozkładom, nie ostała się jednak wobec nowszych badań. Nie możemy wprawdzie twierdzić, żeby nadmiar sernika w mleku krowiem nie miał żadnego znaczenia, to jest jednak pewne, że bezpośredniego szkodliwego wpływu, czy to niszczącego, czy też zatruwającego, sernik stanowczo nie ma. Przeciwnie dodatek sernika, lub wogóle białka, może być nawet pożądany, wpływa bowiem hamująco na fermentacye jelitowe, będące podstawą niestrawności, jak to już zauważył Raczyński. Także i autorzy francuscy stwierdzali korzystne działanie pewnych serów, dodawanych do pokarmu. Najwybitniej okazuje się to jednak z wyników przy stosowaniu mleka białkowego, pokarmu, zawierającego znaczne ilości sernika, i z doświadczeń z wymianą serwatek.

Już znacznie bliżej prawdy byli Czerny i Keller, przyjmując za czynnik szkodliwy tłuszcz. Widzimy rzeczywiście, że tłuszcz przy niszczeniu we wszystkich jego okresach wywołuje działanie wybitnie opaczne. Na myśl o szkodliwem działaniu tłuszczów naprowadziło Czernego i Kellera stwierdzenie u dzieci chorych znacznych ilości amoniaku w moczu, przyczem ilości te podnosiły się jeszcze więcej przy podawaniu większej ilości tłuszczu. Otóż amoniak zjawia się w moczu we wzmożonej ilości wtedy, gdy chodzi o zastąpienie stałych zasad, o ile te nie wystarczają do zobojętnienia krążących w sokach ustroju kwasów. Przypuszczano początkowo, że chodzi tu o prawdziwe zatrucie kwasowe, acydozę taką, jaką widzimy n. p. przy cukrzycy. Jednak nieprawidłowych kwasów, któreby pochodzić miały z przemiany materyi, takich, jak kwas acetooctowy, oksymasłowy, aceton, nie można było w moczu wykazać. Sprawa wyjaśniła się wreszcie w tym kierunku, że u dzieci z zaburzeniami odżywiania alkalia, związane z kwasami tłuszczowymi, opuszczają ustrój w nadmiernej ilości drogą przewodu pokarmowego. We krwi powstaje skutkiem tego niedostatek tych zasad, alkalopenia, czyli względna acydoza, a utracone zasady stałe muszą być zastąpione amoniakiem. Utrata alkaliów, demineralizacya ustroju ma w rozwoju obrazu chorobowego niewątpliwie wielkie znaczenie. Wraz z solami musi odejść odpowiednia ilość wody, coby tłómaczyło skoki w ciężarze ciała, a później opadanie ciężaru. Gdy soli z soków ustroju zabraknie, ulegają wyługowaniu sole z tkanek, wchodzące w skład drobin protoplazmy, co możliwe jest tylko przy stapianiu odpowiednich elementów tkankowych. Tem stapianiem tkanki w razie utraty choćby jednego istotnego składnika, w danym razie składnika mineralnego, tłómaczy się, że skład chemiczny procentowy zwłok przy zaburzeniach odżywiania, nawet w razie krańcowego wyniszczenia, nie ulega zmianie.

Z drugiej strony jednak nie można wszystkiego w patogenezie zaburzeń odżywiania tłómaczyć demineralizacyą. Gdyby tak było, wystarczyłoby podać odpowiedni rozczyn solny wewnętrznie, lub podskórnie, aby objawy chorobowe znikły, co się jednak nie sprawdza. Tłómaczenie to zresztą jeszcze z innego powodu nie może nas w zupełności zadowolić. Niezrozumiałem wydaje się mianowicie, żeby tłuszcz, który do tego w mleku krowiem, nawet pełnem, znajduje się w ilości mniejszej, niż w mleku kobiecem, a w rozcieńczeniach występuje w skromniejszej jeszcze ilości, mógł mieć sam przez się działanie tak zgubne. Wprawdzie tłuszcz krowi różni się nieco od tłuszczu kobiecego większą zawartością glicerydów niższych kwasów tłuszczowych, kwasu kapronowego i mlecznego, a kwasy te pod działaniem lipazy już w żołądku zostają częściowo odszczepione (Bahrdt) i mogą być nieobojętne, ale i to stanowczo nie wystarcza do wytłómaczenia tego przypuszczalnego, czynnego, niszczącego działania tłuszczu. Okazało się bowiem z nowszych spostrzeżeń, że tensam tłuszcz krowi, który w mleku krowiem nie jest znoszony, znoszony jest dobrze w mleku białkowem, lub w serwatce z mleka kobiecego. Zatem znaczenia czynnika pierwotnie szkodzącego przyznać mu niepodobna

Dalszym czynnikiem szkodliwym mógłby być cukier. Już Escherich przyjmował jego znaczenie w powstawaniu kwaśnej niestrawności, zapatrywanie to nie zdołało sobie jednak wywalczyć uznania. Dopiero Finkelstein udowodnił, że wszelkie fermentacye jelitowe, a co za tem idzie objawy dyspeptyczne, zależne są od obecności w jelicie węglowodanów, w pierwszym rzędzie cukrów. Tłuszcz może wprawdzie ulegać także fermentacyi, ale tylko wtórorzędnie, gdy już istnieje fermentacya węglowodanów.

Fermentacye jelitowe mają niewątpliwie w patogenezie zaburzeń odżywiania zasadnicze znaczenie. Jako produkty rozkładu węglowodanów i tłuszczów powstają przy nich niższe, lotne kwasy tłuszczowe, głównie kwas octowy. Kwasy te zmieniają oddziaływanie treści jelita, podrażniają jelito i wywołują żywszy ruch robaczkowy, a przez to wszystko utrudniają wessanie składników pokarmowych.

W pierwszym rzędzie odbija się to na tłuszczach, jako na składnikach najtrudniej wessalnych, i temby się tłómaczyło, że tłuszcze działają najpierw opacznie, mimo, że podstawą sprawy jest fermentacya węglowodanów.

Kwasy te wywołują jako dalszy skutek żywsze wydzielanie soków jelitowych, bogatych w alkalia, łączą się z temi alkaliami i wyprowadzają je drogą jelita. Z badań Bahrdta okazało się mianowicie, że wyprowadzania tego nie można wytłómaczyć działaniem samych tylko wyższych kwasów tłuszczowych, jak to pierwotnie przypuszczali Czerny i Keller, gdyż ilość tych kwasów w stolcach nie wystarcza do zobojętnienia zawartych w nich alkaliów. Jeżeli jednak tak jest rzeczywiście, jeżeli chodzi tu głównie o działanie niższych kwasów tłuszczowych, pochodzących z fermentacyi węglowodanów i tłuszczów, to nie można za czynnik pierwotnie szkodliwy uważać tłuszczu, lecz właśnie fermentacye.

Otóż znaczniejsze fermentacye mogą się tylko wtedy rozwinąć, jeżeli w jelicie zbyt długo zalega materyał podatny, a tak bywa przy zwolnieniu trawienia i wessania. Takie zaś zwolnienie musimy odnieść do upośledzenia sprawności trawiennej jelita, w pierwszym rzędzie nabłonka jelitowego. Dochodzimy więc do tego wniosku, że podstawową sprawą przy zaburzeniach odżywiania musi być obniżenie sprawności, lub mała sprawność jelita.

Fermentacye mają jeszcze jedno ważne znaczenie. Produkty kwasowe fermentacyi uszkadzają ze swej strony nabłonek jelitowy, i tak już okazujący małą sprawność. Tem się tłómaczy, że dopiero po zjawieniu się objawów niestrawności, zwiastujących głębsze uszkodzenie nabłonka, tego wału ochronnego, chroniącego ustrój od wtargnięcia z jelita czynników obcych, mogą się rozwinąć cięższe postacie zaburzeń, t. j. właściwe niszczenie pokarmowe, lub zatrucie pokarmowe.

Uszkodzenie nabłonka ułatwia przytem znowu powstawanie fermentacyi i zamyka w ten sposób błędne koło.

Teraz jaśniejszem się staje, dlaczego działanie przeciw jednemu z ważniejszych niewątpliwie szczegółów zaburzenia, przeciw demineralizacyi, nie może mieć widoków powodzenia, gdy właściwe zarzewie choroby w jelicie tlić będzie w dalszym ciągu w postaci nadmiernych fermentacyi.

Uszkodzenie nabłonka, będące istotną podstawą obniżenia tolerancyi, nawet w warunkach najkorzystniejszych, po stłumieniu fermentacyi przez odpowiedni pokarm, wyrównuje się tylko powoli i stopniowo. Świadczy o tem t. zw. okres »reparacyi«, trwający tygodnie, a czasem i miesiące, w którymto okresie mimo ustąpienia objawów chorobowych, właśnie z powodu dalszego trwania niedomogi nabłonka musimy być w żywieniu bardzo oględni, jeżeli mamy uniknąć nawrotu.

Fermentacyom ulegają, jak już wiemy, węglowodany, głównie cukry. Mylnem byłoby jednak przypuszczenie, że cukier jest właściwym winowajcą. Przecież ten sam cukier mleczny znajduje się w mleku kobiecem, i to nawet w większej ilości, niż w krowiem, a jest znoszony wybornie.

Gdzież jest zatem ten właściwy czynnik, wywołujący małą tolerancyę mleka krowiego? Żaden z organicznych składników pokarmowych, jak widzimy, sam przez się nim nie jest. Pozostałaby jeszcze tylko po wyłączeniu z niej cukru serwatka, jako rozczynnik zawierający sole. Rozczynnik ten w mleku krowiem zawiera prawie cztery razy tyle soli, co w mleku kobiecem, przytem te sole muszą być w innych związkach, przeważnie organicznych, gdyż mimo większych ilości gęstość drobinowa serwatki jest ta sama. Do pewnego stopnia w zetknięciu z serwatką jako rozczynnikiem odbywa się praca nabłonka jelitowego. Otóż w świetle zapatrywań J. Loeba o znaczeniu zawartości soli w rozczynniku na sprawność komórek łatwo zrozumieć, że serwatka o składzie, do którego nabłonek niemowlęcia nie jest przystosowany, może na sprawność tego nabłonka oddziałać niekorzystnie.

Znaczenie serwatki starał się udowodnić L. F. Meyer, współpracownik Finkelsteina, w słynnych swych doświadczeniach z wymianą serwatek. Strącał on w mleku krowiem i w mleku kobiecem zapomocą podpuszczki sernik, otrzymywał skrzep, który obejmował także przeważną ilość tłuszczu, serwatki odsączał, a następnie wykonywał wymianę serwatek, rozdrobniwszy odpowiednio skrzep sernikowy. Okazało się, że dla wyników przy stosowaniu tych dwóch rodzajów pokarmu zasadnicze znaczenie miała serwatka: serwatka krowia, chociaż zawierała tłuszcz i sernik kobiecy, dawała złe wyniki, serwatka kobieca, chociaż zawierała tłuszcz i sernik krowi, dobre. W ostatnich czasach doświadczenia L. F. Mayera oceniane są nieco krytyczniej, niż były początkowo, a to z tego powodu, że sernik nie bywa w obu mlekach strącany w ten sam sposób. W mleku krowiem strącanie odbywa się przez samą podpuszczkę, otrzymuje się zatem sernik w połączeniu z wapnem, w mleku zaś kobiecem trzeba dodać kwasu, aby dostać dobry strąt, otrzymuje się zatem sernik jako połączenie kwasowe bez wapna. Nie jest to obojętne, gdyż właśnie sernikan wapniowy ma działać wybitnie ochronnie wobec fermentacyi jelitowych (Koeppe, Heim i John).

Idąc za L. F. Meyerem i Finkelsteinem, musimy sobie wyobrazić, że nabłonek, pracując w rozczynniku nieodpowiednim, wykonuje każdą pracę wolniej, aniżeliby ją wykonał w środowisku korzystnem. Wynikiem będzie zaleganie niewessanych składników, stanowiących wyborne podłoże do rozwoju mikrobów, rozplenienie się nadmierne flory bakteryjnej jelita i fermentacye.

Nadmierne fermentacye są istotną podstawą niestrawności, jednak niekoniecznie muszą się łączyć z wyraźnymi objawami niestrawności w postaci wymiotów, biegunek, stolców zwarzonych. Przypuszczać bowiem należy, że już w okresie niedomagania gospodarki zasadniczą sprawą są nieprawidłowo wzmożone fermentacye w jelicie cienkiem. Pozostają one utajone, gdyż wyzwolone kwasy tłuszczowe wyższe i niższe zostają w nadmiarze zobojętnione alkaliami z soków jelitowych. Pierwotnie w jelicie cienkiem używa ustrój do tego zobojętnienia sodu i potasu. Pierwiastki te zostają jednak w jelicie grubem, o ile ono nie okazuje wzmożonego ruchu robaczkowego, wymienione na wapń i magn. Mydła ziem alkalicznych stanowią też główny składnik stolców tłuszczowo-mydlanych, tak często napotykanych w tym okresie. Ustrój, tracąc Ca i Mg, broni się przed większą szkodą, jakąby stanowiła utrata właściwych alkaliów, Na i K.

Dopiero, gdy w dalszym przebiegu fermentacye wzmogą się, stają się one jawne. Musimy przyjąć, że wtedy omó-

wione działanie wyrównawcze jelita cienkiego zawodzi: kwasy nie zostają zobojętniane w zupełności. W następstwie zawodzi także jelito grube, a to skutkiem zadrażnienia tego jelita produktami kwaśnymi, wzmożenia ruchu robaczkowego i powstania biegunek tak, że wymiana alkaliów właściwych na ziemie alkaliczne może się odbywać tylko w szczupłym zakresie.

W okresie właściwego niszczenia pokarmowego przybywa do objawów niestrawności jako zasadniczy objaw opadanie ciężaru ciała. Na wytwarzanie tego objawu składają się różne czynniki: utrata znacznej części składników pokarmowych skutkiem fermentacyi i utrudnienia wessania, demineralizacya ustroju z odciąganiem wody, a następnie stapianiem tkanek, ograniczenie przyjmowania pokarmu.

Powstawanie zatrucia zależne jest od podawania cukrów, chociaż i tłuszcze mają tutaj, podobnie jak przy fermentacyach, pewne wtórorzędne znaczenie. Cukier działa jednak tylko w połączeniu z serwatką, t. j. solami. Podając roztwory solne u niemowląt z objawami niestrawności, zatem z uszkodzonem jelitem, otrzymuje się także często gorączkę pokarmową. Inne ciężkie objawy zatrucia są prawdopodobnie w związku z utratami wody, spadkiem ciężaru ciała i zagęszczeniem soków ustroju, dającem się wykazać refraktometrycznie. Zagęszczenie takie upośledza ogromnie przemianę materyi, wywołuje nagromadzenie się w tkankach produktów niezupełnego spalenia i doprowadza w końcu do stanu prawdziwego zatrucia, acydozy.

W ten sposób wszystkie postacie zaburzeń odżywiania przedstawiałyby się jako jednolita sprawa o wspólnej etyologii i patogenezie, a tylko różnych objawach, zależnych od wpływów pokarmowych i od tego, jak daleko sprawa się posunęła.

Cierpienie byłoby pierwotnie czysto czynnościowem bez tła anatomicznego. Podstawą jego byłoby zwolnienie trawienia i wessania, a w następstwie fermentacye zalegających składników. W gruncie rzeczy więc, mojem zdaniem, po długiem błądzeniu po szerokich przestrzeniach anatomii patologicznej, bakteryologii, a przedewszystkiem przemiany materyi, błądzeniu, które jednak bezowocne nie było, wracamy powoli do dawnych pojęć i zapatrywań. Zarzucony obecnie podział anatomo-kliniczny Widerhofera przy pewnem przesunięciu granic mógłby snadnie wrócić do honorów. Widerhofer odróżniał niestrawność, sprawę bez tła anatomicznego, nieżyt żołądkowo-jelitowy i zapalenie jelit. Pojęcie nieżytu miesza się dotąd często z pojęciem zapalenia i używa obu określeń jako równorzędnych. Sądzę jednak, że będzie odpowiedniej przyłączyć się do stanowiska tych nowszych autorów, którzy określenia »zapalenia« używają na oznaczenie spraw, mających za podstawę zmiany nietylko w nabłonku, ale także w samem podłożu łącznotkankowem błony śluzowej w postaci nacieków i owrzodzeń, a rozwijających się na tle zakażeń mniej lub więcej swoistych, zaś użycie określenia »nieżyt« ograniczają do oznaczenia tych spraw, w których zmiany istnieją tylko w samym nabłonku w postaci nadmiernego wyrodnienia śluzowego komórek. Wobec tego granica między niestrawnością, a nieżytem, byłaby dosyć nieuchwytna i byłoby rzeczą względnie obojętną, któregoby się z tych określeń miało użyć na oznaczenie podstawowej sprawy zaburzeń odżywiania. Określenie »niestrawność« wyraźniej podkreśla, że chodzi tu o sprawę czysto czynnościową, lepiej zatem odpowiada naszemu obecnemu stanowisku.

Określenie »zapalenie« zastrzedz należy wyłącznie dla pierwotnie zapalnych, a zatem i zakaźnych spraw żołądkowo-jelitowych. Trzeba sobie jednak zdać sprawę, że i tu granica nie jest ścisła, że przy nadmiernej wrażliwości jelita, jaką mianowicie musimy przyjąć u dzieci z pewnemi wadami konstytucyonalnemi, n. p. limfatyzmem, drażniące kwasy, powstałe na drodze fermentacyi, mogą doprowadzić do podobnych zmian, co zakażenia, zatem do zmian zapalnych w samej błonie śluzowej, a nawet do owrzodzeń.

Określenie »niestrawność« lub »nieżyt żołądkowo-jelitowy« powinno zastąpić z powrotem określenie »zaburzenia odżywiania«, musimy mu tylko w stosunku do Widerhofera dać większy zakres. Widerhofer nie zdawał sobie bowiem jeszcze sprawy, że sama niestrawność, zaburzenie czynnościowe, w dalszych swych następstwach może doprowadzić do stanów tak groźnych, jak niszczenie pokarmowe i zatrucie pokarmowe, zaliczanych do nieżytów lub zapaleń żołądka i jelit.

Poszczególne okresy zaburzenia odżywiania możnaby określić jako niestrawność utajoną, niestrawność jawną, niestrawność z następowem niszczeniem pokarmowem i niestrawność z następowem zatruciem pokarmowem.

Określenie »zaburzenie odżywiania« powinno być zarzucone, zawdzięcza ono bowiem swe powstanie błędnemu pojmowaniu sprawy. Utworzyli je Czerny i Keller wtedy, kiedy wypowiedzieli hipotezę o czynnem działaniu tłuszczu w wyprowadzaniu alkaliów, przyczem mieli na myśli tylko działanie wyższych kwasów tłuszczowych, wyzwolonych przez fermenty trawienne (lipazę). Sprawa cała miała się więc odbywać w zakresie trawienia i odżywiania, zatem w zakresie przemiany materyi wewnątrz przewodu pokarmowego i poza przewodem pokarmowym. Nazwa »zaburzenie odżywiania« miała właśnie uzmysłowić to toczenie się sprawy w zakresie całej przemiany materyi. Obecnie wiemy, że takie pojmowanie sprawy jest błędne; wiemy, że główną rolę w patogenezie zaburzeń omawianych mają fermentacye; wiemy, że także w usiłowaniach naszych leczniczych przedewszystkiem przeciw fermentacyom musimy się zwrócić. Ta okoliczność, że niestrawność oddziałuje u niemowlęcia tak wybitnie i niekiedy tak fatalnie na cały ustrój, to nazwy zaburzeń odżywiania nie usprawiedliwia, gdyż każdą sprawę chorobową powinniśmy nazywać według tego miejsca, gdzie się ona pierwotnie toczy i według tego procesu, który jest istotnie podstawowym, a nie według dalszych skutków, chociażby one były bardzo ważne. Nikomu przecież n. p. nie przyjdzie na myśl określać ropnia miejscowego, połączonego z gorączką, nazwą toksemii, przez co zostałaby pominięta sprawa podstawowa, a do znaczenia właściwej sprawy zostałyby wysunięte zjawiska, wprawdzie ważne i ogólne, ale wtórorzędne, zjawiska, które natychmiast ustają, gdy podstawową sprawę usuniemy.

Mimo to nazwę »zaburzenia odżywiania« (»Ernährungsstörungen«) na razie zatrzymałem, gdyż nazwę tę przyjęła przeważna liczba autorów, mianowicie niemieckich, i Panowie zapewne jeszcze długo będą mieli sposobność z nią się spotykać.

Pozostaje mi jeszcze omówić, jaka jest praktyczna wartość nowszych poglądów na powstawanie niestrawności

niemowlęcej i ciężkich jej skutków. Jest ona niewątpliwie znaczna.

Poglądy te dają nam przedewszystkiem wskazówkę, w jaki sposób zaburzeń najlepiej uniknąć. Tolerancyę dla mleka krowiego możemy podnieść, redukując jego serwatkę i upodobniając ją do serwatki mleka kobiecego. Doświadczenia E. Müllera i Schlossa z mieszankami na tej podstawie obmyślanemi wykazują rzeczywiście bardzo dobre wyniki. Zapewne, problemat sztucznego żywienia nie zostaje jeszcze przez to w zupełności rozwiązany, niektóre dzieci, karmione takiemi mieszankami, okazują pewne zboczenia rozwoju. Być może, że chodzi tutaj o brak w pokarmie sztucznym pewnych istot korzystnych, jakichś hipotetycznych fermentów troficznych, czynnych tylko przy użyciu mleka gatunkowo swojskiego i surowego. Miałyby one być obecne w mleku kobiecem, w mleku zaś krowiem miałyby być niszczone przy wyjaławianiu, zresztą nawet z mleka surowego nie mogłyby być wyzyskane jako gatunkowo obce. Poważniejszych i gwałtowniejszych uszkodzeń jednak mleko z serwatką upodobnioną nie wywołuje, nie przedstawia zatem przynajmniej dla niemowlęcia większego niebezpieczeństwa.

Co do leczenia niestrawności, to w okresie wstępnym niestrawności utajonej, czyli niedomagania gospodarki, wskazane są pokarmy, zawierające mało tłuszczu, a bogate w węglowodany, jak maślanka z dodatkami, lub polewka słodowa.

Gdy niestrawność staje się jawną, głównem naszem zadaniem musi być stłumienie fermentacyi jelitowych. Osiągnąć to można przez podanie mleka kobiecego; zawiera ono wprawdzie dużo materyału, podatnego na fermentacye, ale podnosi szybko tolerancyę dziecka, i tak już dla tego pokarmu wysoką. Ze sztucznych pokarmów nadaje się do osiągnięcia tego celu wybornie najnowsza zdobycz pedyatryi, mleko białkowe. Zostało ono podane przez Finkelsteina i L. F. Meyera, przyczem autorów tych kierowała właśnie myśl, żeby przez rozcieńczenie serwatki i zredukowanie cukru mlecznego uniemożebnić fermentacye. W mleku krowiem strąca się podpuszczką sernik, przyczem skrzep obejmuje także przeważną ilość tłuszczu. Serwatkę się odrzuca i zastępuje w połowie wodą, w połowie maślanką.

Wyniki leczenia mlekiem białkowem są według licznych już obecnie doniesień, bardzo korzystne. Także w klinice krakowskiej stwierdziliśmy wyniki uderzające (demonstracye krzywych). Fermentacye zostają szybko stłumione, zamiast stolców dyspeptycznych zjawiają się stolce tłuszczowo-mydlane, które w tym przypadku nie stanowią objawu niepożądanego. Wskazane wtedy będzie dodanie do mleka białkowego węglowodanów w postaci mąki i cukrów, szczególniej w postaci przetworów słodowych, n. p. cukru odżywczego Soxhleta w ilości wzrastającej od 3 do 6 i 7%. Mleko białkowe daje dobre wyniki nietylko w niestrawności zwykłej, ale także w niestrawności z niszczeniem i zatruciem pokarmowem. Wobec wysokiej bardzo tolerancyi dla mleka białkowego unikamy przy niszczeniu tak bardzo niepożądanego tutaj niedokarmiania dziecka łatwiej, aniżeli przy użyciu jakiegokolwiek innego pokarmu.

Przy zatruciu pokarmowem wskazane będzie zastosowanie 12—24-godzinnej dyety wodnej, a następnie bardzo ostrożne wprowadzenie mleka białkowego z ilościami z dnia na dzień powoli podnoszonemi.

Tych parę szczegółów wystarczy. Widzimy, że pedyatrya może się tutaj także pod względem praktycznym poszczycić znacznem powodzeniem. Leczenie dyetetyczne niestrawności niemowląt stoi już obecnie bardzo wysoko. Skończyły się szczęśliwe czasy, kiedy lekarz zmuszony był próbować po omacku różnych sposobów karmienia, gdy nie rozporządzał żadnemi ściślejszemi wskazaniami. Obecnie może przystępować do łóżka chorego dziecka z otuchą, zdając sobie dobrze sprawę z zadania, które ma rozwiązać i ze środków, które mu do tego mogą posłużyć.

Wpływ wiewióra na skład krwi i na serce.

Podał

Dr Mondschein,

sekundaryusz szpitala powszechnego w Stanisławowie.

(Dokończenie).

14. P. B., 32 lat, wiewiór od 2 tygodni; przyjęty do szpitala 3. XII. Gonorrhoea acuta anterior. Leczenie: protargol-Janet.

Riva-Rocci	Liczba tętna	Jakość tętna	Arthigonu nie wstrzykiwano		Sahli	Liczba c. czerwonych	Liczba c. białych	Przebieg wiewióra
96	100	rytmiczne	—	6/XII	63	4,844.000	9.777	Gc +

15. L. K., 19 lat, wiewiór od 8 dni; przyjęty do szpitala 17. XII. Gonorrhoea acuta anter. Leczenie: albargina.

Riva-Rocci	Liczba tętna	Jakość tętna	Arthigon do żyły		Sahli	Liczba c. czerwonych	Liczba c. białych	Przebieg wiewióra
			data	dawka				
92	110	rytmiczne	29/XII	0·6	72	4,908.000	10.700	Jądro lewe lekko obrzękłe, nieco bolesne, Gc +
95	92	arytmia	4/I	0·8	74	4,204.000	9.150	Jądro małe, nie bolesne, Gc +

16. Sz. J., 33 lat, wiewiór od 1½ lat, przyjęty do szpitala 17. I. Gonorrhoea chron. Strictura urethrae incipiens. Leczenie: Janet-Kollman-wkraplania.

Riva-Rocci	Liczba tętna	Jakość tętna	Arthigonu nie wstrzykiwano		Sahli	Liczba c. czerwonych	Liczba c. białych	Przebieg wiewióra
103	72	rytmiczne	4/II		68	4,880.000	9.375	Mocz czysty z wieloma nitkami. Gc +
100	78	rytmiczne	8/II		65	4,932.000	8.957	Gc
90	86	arytmia	13/II		75	5,908.000	9.790	wyleczony 23/II

17. G. J., rzeźnik, nader silnie zbudowany, 18 lat, wiewiór od miesiąca; przyjęty do szpitala 26. I. Gonorrhoea ac. anter. Gc. +, Leczenie: Janet-protargol.

Riva-Rocci	Liczba tętna	Jakość tętna	Arthigonu nie wstrzykiwano		Sahli	Liczba c. czerwonych	Liczba c. białych	Przebieg wiewióra
—	—	—	—	3/II	70	4,932.000	10.400	Wyciek silny, pieczenie mierne
92	88	arytmia	—	6/II	66	5,376.000	10 207	Wyciek słabszy, Gc. +, pieczenia nie ma.
85	80	rytmiczne	—	13 II	74	4,888.000	5 825	wyleczony 25/II

18. D. M., 25 lat, od miesiąca wiewiór; przyjęty do szpitala 4. II. Gonorhoea subacuta. Leczenie: wkraplania.

Riva-Rocci	Liczba tętna	Jakość tętna	Arthigonu nie wstrzykiwano		Sahli	Liczba c. czerwonych	Liczba c. białych	Przebieg wiewióra
92	104	arytmia	—	9/II	67	4,664.000	9.790	Mocz czysty z nitkami, Gc. +.
92	100	rytmiczne	—	13/II	69	5,020.000	7.707	Sondy
85	76	rytmiczne	—	23/II	78	4,020.000	9,165	wyleczony 23/II

19. P. W., 56 lat, rolnik, przed 3 laty wiewiór, obecnie od 2 tygodni trudności podczas oddawania moczu; długo stać musi i przeć, nim mocz odda; przyjęty do szpitala 4. II. Hypertrophia prostatae maximi gradus, cystitis. Posunięta miażdżyca. Leczenie: miesienie, czopki z ichtyolu, kąpiele nasiadowe, urotropina, płukanie pęcherza.

Riva-Rocci	Liczba tętna	Jakość tętna	Arthigon do żyły		Sahli	Liczba c. czerwonych	Liczba c. białych	Przebieg wiewióra
			data	dawka				
110	66	arytmia	8/II	0·4	65	4.532.000	10.666	W sterczu liczne Gc, mocz mętny w obu częściach
118	62	arytmia	18 II	0·7	63	4,400.000	11.875	Mocz czysty w obu częściach. Chory wyszedł wyleczony 21 II

20. G. A., 19 lat, nauczyciel, wiewiór od 4 tygodni; przyjęty do szpitala 16. II. Gonorhoea ac. anterior. Leczenie: protargol.

Riva-Rocci	Liczba tętna	Jakość tętna	Arthigonu nie wstrzykiwano		Sahli	Liczba c. czerwonych	Liczba c. białych	Przebieg wiewióra
110	84	rytmiczne	—	17 II	70	5,070.000	10.832	Chory blady, wyciek silny, Gc. + +, Cardiopalmus.
102	110	arytmia		21 II	69	4,532.000	9.375	Mocz czystszy Gc. +. Cardiopalmus.
105	86	lekka arytmia	—	23 II	73	4,844.000	9.790	Cardiopalmus
105	80	rytmiczne	—	10/III	72	4,348.000	8.125	Mocz czysty w obu częściach. Chory wyszedł wyleczony 10/III

21. D. J., wieśniak, rosły, silnie zbudowany, od miesiąca wiewiór; przyjęty do szpitala 19. II. Gonorhoea acuta anterior. Leczenie: albargina-Janet.

Riva-Rocci	Liczba tętna	Jakość tętna	Arthigonu nie wstrzykiwano		Sahli	Liczba c. czerwonych	Liczba c. białych	Przebieg wiewióra
115	96	rytmiczne	—	21/II	68	3,132.000	11.250	Gc +. Wyciek mierny, kołatanie serca silne
100	98	rytmiczne	—	26 II	72	4,220.000	10.040	Mocz czysty prawie. Chory wyszedł wyleczony 2/III

22. R. M., wieśniak, 23 lat, wiewiór od miesiąca; przyjęty do szpitala 20. II. Gonorrhoea acuta totalis. Leczenie: urotropina, kąpiele nasiadowe, potem protargol.

Riva-Rocci	Liczba tętna	Jakość tętna	Arthigonu nie wstrzykiwano		Sahli	Liczba c. czerwonych	Liczba c. białych	Przebieg wiewióra
110	108	rytmiczne	—	23 II	74	4,732.000	9.375	Mocz mętny w obu częściach, Gc. +. Cardiopalmus.
102	90	rytmiczne	—	27/II	68	5,043.000	12.082	Mocz czystszy w obu częściach
100	96	arytmia	—	6 III	69	4,888.000	9 790	Mocz czysty od kilku dni. Chory wyszedł wyleczony 7 III

23. J. St., 18 lat, silnie zbudowany; wiewiór od tygodnia; przyjęty do szpitala 25. II. Gonorrhoea acuta anterior.

Riva-Rocci	Liczba tętna	Jakość tętna	Arthigonu nie wstrzykiwano		Sahli	Liczba c. czerwonych	Liczba c. białych	Przebieg wiewióra
92	70	arytmia	—	26/II	68	5,064.000	12.500	Wyciek silny, mocz I. mętny Gc. ++.
88	94	arytmia	—	4 III	71	4,264.000	9.790	Pierwsza część oczyszcza się Gc. +
90	90	arytmia	—	10 III	70	4,832.000	14.732	Epididymitis sin. silna. Chory wyszedł wyleczony 20/III

24. R. G., 24 lat, robotnik kolejowy, od 3 tygodni wiewiór; przyjęty do szpitala 25. II. Gonorrhoea acuta anterior. Leczenie: Janet-albargina.

Riva-Rocci	Liczba tętna	Jakość tętna	Arthigon do żyły data	Arthigon do żyły dawka	Sahli	Liczba c. czerwonych	Liczba c. białych	Przebieg wiewióra
80	120	arytmia	27 II	0·2	67	4.400.000	11.650	Wyciek Gc. ++. Mocz I. mętny, bole w ścięgnach stopy.
95	120	rytmiczne	3 III	0·4	62	4.176.000	11.695	Mocz mętny w obu częśc. Gc. +
95	120	rytmiczne	16 III	0.6	66	4,620.000	10.750	Głuche tony w sercu od kilku dni, mocz oczyszcza się.

25. St. J., 19 lat, wiewiór od 6 dni; przyjęty do szpitala 28. II. Gonorrhoea ac. anterior ac posterior. Leczenie: Janet, protargol, salol.

Riva-Rocci	Liczba tętna	Jakość tętna	Arthigonu nie wstrzykiwano		Sahli	Liczba c. czerwonych	Liczba c. białych	Przebieg wiewióra
92	100	rytmiczne	—	2/III	72	3,508.000	11.875	Mocz mętny w obu częśc. Gc. + +
86	112	rytmiczne	—	5/III	68	4.708.000	11.525	Mocz mętny w I. części. Chory z polepszeniem opuścił szpital 12/III

26. Ż. A., 18 lat, wiewiór od 5 dni; przyjęty do szpitala 28. II. Gonorrhoea acuta anterior ac posterior. Leczenie: Janet, protargol, salol.

Riva-Rocci	Liczba tętna	Jakość tętna	Arthigon do żyły data	Arthigon do żyły dawka	Sahli	Liczba c. czerwonych	Liczba c. białych	Przebieg wiewióra
90	100	rytmiczne	2 III	0·1	60	4.264.000	11.250	Gc + I. Obie części moczu mętne
88	96	rytmiczne	5 III	0·2	67	4,532.000	7.915	Mocz stale mętny, Gc +
85	92	rytmiczne	13/III	0·3	63	5.908.000	15.625	Epididymitis dex. incipiens
94	96	lekka arytmia	18/III	0·6	61	4,976.000	9.790	Nająder małe, niebolesne. Mocz czystszy.

27. T. Wł., 27 lat, wiewiór przed 2 laty, obecnie od tygodnia; przyjęty do szpitala 2. III. Gonorrhoea acuta anterior ac posterior. Leczenie: Janet, albargina, urotropina, kąpiele nasiadowe.

Riva-Rocci	Liczba tętna	Jakość tętna	Arthigonu nie wstrzykiwano		Sahli	Liczba c. czerwonych	Liczba c. białych	Przebieg wiewióra
112	84	arytmia	—	6 III	65	4,352.000	6.250	Mocz mętny w obu częściach. Gc. +
108	90	arytmia	—	11 III	61	4,444.000	7.290	Cardiopalmus Mocz czystszy
110	82	silna arytmia	—	22/III	60	4,762.000	8.325	Mocz znacznie czystszy.

28. Z. J., 34 lat, wiewiór przed 10 laty, obecny od 4 dni; przyjęty do szpitala 9. III. Gonorrhoea acuta anterior. Leczenie: Janet, albargina.

Riva Rocci	Liczba tętna	Jakość tętna	Arthigonu nie wstrzykiwano		Sahli	Liczba c. czerwonych	Liczba c. białych	Przebieg wiewióra
—	—	—	—	11 III	67	4,352.000	7.707	Mocz I. mętny; przerost lewej komory, naczynia twarde (alkoholizm).
114	78	rytmiczne	—	22/III	65	4,352.000	6.650	Mocz czysty.

Jak z tych przykładów widać, zarazek wiewióra działa przedewszystkiem na ilość hemoglobiny we krwi, zmniejszając ją mniej lub więcej, czasem nawet bardzo znacznie; prawie stale zauważyć się daje zwiększenie się jej pod koniec leczenia. Co do ciałek czerwonych, to liczba ich zdaje się nie podlegać znaczniejszym zmianom; zauważyć tu jednak można przecie dość znaczne wahania, obracające się w granicach prawidłowych, a więc między $3^1/_2$ milionów prawie do 6 milionów. Co się tyczy strony morfotycznej, to wpada w oczy w obrazie drobnowidowym wielka ilość ciałek czerwonych jądrzastych, dość znaczna liczba zniekształconych i dość liczne płytki Bizozzera.

W ciałkach białych znać wielką różnicę od stanu prawidłowego. Prawie stale spotyka się powiększenie ich liczby w samym początku choroby, a stopniowe zmniejszanie się pod jej koniec. Choć i tu reguły niema, bo czasem znów zdarza się wprost przeciwnie, t. j. nagłe powiększenie się liczby ciałek białych pod koniec leczenia, gdzie z początku i przez cały czas trwania wiewióra liczba ich była prawidłowa. Czasem znów bywa liczba ciałek białych przez cały ciąg choroby prawie jednostajnie zwiększona, rzadko tylko nie znajdujemy wcale żadnej różnicy od stanu prawidłowego. Od czego to zależy, nie da się na razie rozstrzygnąć; jednak prawie stale zauważałem silniejsze zmiany przy ostrzejszym wiewiórze, tak, iż przypuszczać można, że wtedy większa ilość dwoinek Neissera czy ich toksyn dostaje się do obiegu krwi, wywołując przez to większe zmiany. Może nie zależy to zresztą tyle od ich ilości, ile od jakości, od jadowitości. Że wszelkie powikłania, n. p. zapalenia najądrza, czy przejście sprawy chorobowej na tylną część cewki, zajęcie sterczu, czy wreszcie stawów, podnoszą natychmiast liczbę ciałek białych, czasem nawet bardzo znacznie, bo nawet wyżej 20 tysięcy, to należy do zwykłych zjawisk.

Co do wstrzykiwań arthigonu, to nie zauważyłem bezpośredniego wpływu tego środka na skład czy wygląd krwi. Mówićby można tylko przy powikłaniach wiewióra o wpływie pośrednim o tyle, że podnosząc, szczególnie w początkach wstrzykiwań i w większych dawkach, częstokroć znacznie ciepłotę, bo aż do 40°, tą drogą działać może zabójczo na dwoinki Neissera i skracając przebieg choroby, temsamem umożliwia rychlejszy powrót krwi do stanu prawidłowego.

Ze strony serca spotykamy szereg objawów, jak tego zresztą przy przejściowo-blednicowatym stanie krwi z góry moglibyśmy się spodziewać, wiedząc o podobnych objawach przy podobnym składzie krwi, spotykanym podczas istotnej blednicy. A więc spadek znaczny i stały ciśnienia krwi, który zawsze spostrzegałem przy wiewiórze. Spadek ten jest znaczny, bo prawie zawsze niżej 100 Hg (u ludzi młodych, zresztą zupełnie zdrowych) (przyrząd Riva-Rocci). Jeśli zaś spadek ten był mniejszy, a więc powyżej 100—110—115 Hg, to jest jeżeli pozornie ciśnienie zbliżało się więcej do stanu prawidłowego, to stale równocześnie stwierdzić mogłem silniejsze uderzenia koniuszka serca, który to objaw uważałbym również za skutek zmian we krwi, wywoływanych przez zarazek wiewiórowy, czy raczej jego produkta. Czasem znów zmiany w ciśnieniu krwi należy odnieść do zmian w sercu czy układzie naczyniowym, nie zostających w związku z wiewiórem, ale tylko przypadkowych i będących wypływem innej zupełnie, przedtem już istniejącej choroby, jak miażdżycy (przypadek 19 i 28). Nieraz spostrzegałem zupełnie przelotne szmery nad koniuszkiem serca, które również uważałbym raczej za szmery spotykane często w niedokrwistości czy blednicy, niż za objaw jakiejś sprawy, usadowionej na zastawkach.

Co do tętna, to badając je często, zauważymy prawie zawsze coś nieprawidłowego podczas przebiegu choroby, bodaj czasowo. Albo bywa ono drobne, nieco więcej niż nitkowate, a chyże, bo aż do 120, albo silnie napięte, powolne, wysokie, prawie że chybkie; często znów podczas długiego trzymania ręki na tętnicy, zauważyć można mniej lub więcej częstą różnicę co do wysokości fali tętna, często, i to prawie najczęściej, niemiarowość tętna (arytmię).

Wszystkie te objawy są wyrazem ogólnego działania zarazków wiewióra czy też jego toksyn, zarazem dowodem, że choroba ta, na pozór miejscowa, wywołuje przecie dość znaczne zmiany we krwi i w sercu, na szczęście, jak się zdaje, tylko przejściowe.

W przypadkach przewlekłych wiewióra odniosłem wrażenie, jakby zmiany powyższe były znacznie mniejsze. Czy należałoby to odnieść do zmniejszonej z biegiem czasu jadowitości zarazków, czy do wytworzonej przez ustrój większej ilości niweczników, trudno rozstrzygnąć

Dr Weberowi, właścicielowi pracowni chemicznej, serdeczne składam dzięki za wydatną pomoc.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Schellenberg: **O ortizonie, stałym przetworze wody utlenionej.** (Würt. med. Cor. 1914. 2). Woda utleniona jest obecnie już uznana za jeden z bardzo energicznych i skutecznych leków w opatrywaniu ran. Dotąd jednak w używaniu jej wielką niewygodą (zwłaszcza dla lekarza praktycznego) była postać płynna, uciążliwa dla transportu; nadto chwilowe zalanie rany działało zbyt krótko. Zapobiega tym brakom przetwór stały pod nazwą: ortizon, będący połączeniem H_2O_2 z mocznikiem. W handlu znajduje się ortizon w postaci ziarenek, tabletek, lub też bardzo wygodnych do użytku sztyfcików, którymi tuszuje się rany, lub które wsuwa się do przetok, przez co działanie jest trwałe. Sztyfty te oddają również usługi przy krwawieniach, zwłaszcza z nosa i t. p. Ortizon zawiera 30% H_2O_2 tak, że 5 grm. rozpuszczone w 45 cm wody, daje rozczyn 3%. K.

Marya Schubert. **W sprawie leczenia czyraków u osesków zapomocą termokauteru.** (Münch. med. Woch. 1914, 14). S. zaleca bardzo przy mnogich czyrakach u osesków sposób, podany przez Schülego, polegający na tem, że w szczyt świeżego, naciekłego czyraka wbija się spiczasty koniec termokauteru i przez to niszczy się odrazu całe ognisko chorobowe. Sposób ten jest przedewszystkiem u osesków o tyle dobry, że unika się przez to utraty krwi, co przy licznych, nieraz na setki czyrakach nie jest rzeczą obojętną. Nadto sposób ten zapobiega rychło dalszemu rozszerzaniu się czyraków. W ten sposób leczyć można nawet i rozmiękłe czyraki, jakie u osesków się spotyka. Prócz tego zaleca S. kąpiele mydlane, natomiast nie jest zwolenniczką otaczania czyraków maścią, celem ochrony skóry, bo ropa i tak przechodzi poza maść, a przy usuwaniu maści wciera się poprostu ropę w otoczenie Czas leczenia przez wypalanie znacznie się skraca. K.

Werner: **Sprawozdanie z czynności domu samarytańskiego dla rakowatych w Heidelbergu.** (Badeński komitet badania raka. Z. III. 1914). Sprawozdanie obejmuje czynność zakładu od 1. X. 1906 do 1. I. 1914. Z zakładu wyszło w tym czasie 91 prac naukowych o najnowszych zdobyczach na polu walki z rakiem. Przyjęto do zakładu 2785 rakowatych, a 3302 leczono ambulatoryjnie. 1999 chorych operowano, 2281 leczono promieniami Röntgena, 310 piorunowaniem, które jednak zaledwo w 7% dało trwałe (ponad 5 lat) wyniki. Leczenia innymi sposobami elektrycznymi nie dały zadowalniających wyników, podobnie szczepienia ochronne, leczenie toksynami, szczepionkami i t. p. Salwarsan okazał się skutecznym przy niektórych mięsakach (lecz zwykle chwilowo). Promienie Röntgena dają niezłe wyniki, a nawet przy nowotworach głębokich osiągano szybki (niestety nie trwały) wynik przez operacyjne anteponowanie narządów i naświetlanie. Podobnie niezłe wyniki daje leczenie substancyami promieniotwórczemi. Przy rakach skórnych osiąga się przytem wyleczenia bardzo często. Leczenie promieniami kombinuje się z wstrzykiwaniami enzytolu, przyczem znikają (nie wiadomo czy na stałe) nieraz bardzo duże guzy, nawet narządów wewnętrznych. Na razie jednak jeszcze trzeba operować, gdzie się tylko da. K.

Schwarz: **Szybko i pewnie działający środek do wąchania przeciwko bólom zębów i uszu.** (Münch. med. Wochschr. 1914, 8). S. zrobił ciekawe spostrzeżenie, mianowicie że powąchanie z flaszeczki olejku gorczycznego (oleum sinapis aether.), przy zamkniętych oczach i ustach, po chwilowem podrażnieniu wywołuje zupełne ustanie bólu zębów. Skutek utrzymuje się kilka godzin. Podobny wynik osiąga się przy bólach pochodzenia usznego, tak że po powąchaniu olejku gorczycznego nieraz wykonać można bezboleśnie nacięcie błony bębenkowej. Natomiast przy nerwobólach środek ten zawodzi, co nawet służyć może za cechę rozpoznawczą. Flaszeczka powinna zawierać około 5 gr. olejku i nie powinna być pełną, żeby nie popalić skóry. Inne środki o ostrej woni tego działania nie mają. K.

Joseph: **Przyczynki do zupełnej rynoneoplastyki.** (Münch. med. Wochenschrift 1914, 13). Dla utworzenia całego nosa wprowadza J. nazwę »rhinoneoplastica«, by odróżnić ten zabieg od innych plastyk na nosie, jak przeszczepiania skóry, zmniejszania nosa (rhinomioplastica), poprawiania położenia lub konturów (rhinorthoplastica) i t. p. W razie braku skórnej części nosa doprawia ją J. sposobem włoskim, t. j. z ramienia. W razie zupełnego braku nosa najpierw przeszczepia J. skórę wspomnianym sposobem, a potem tworzy szkielet z pomocą dwóch pasków kości, wziętych z goleni (jeden krótszy służy za przegrodę, a drugi tworzy podstawę grzbietu nosa). Gdy się one wgoją, dorabia J. zaokrąglenie skrzydełek i obrębia dziurki osobnemi plastykami. K.

Härtel: **O śródczaszkowem leczeniu nerwobólu nerwu trójdzielnego wstrzykiwaniami.** (Med. Klinik 1914 14). W razie uporczywego nerwobólu nerwu trójdzielnego, gdy leczenie wewnętrzne lub obwodowo-operacyjne zawodzi, a chory nie ma sił na wycięcie zwoju Gassera, zaleca H. śródczaszkowe wstrzykiwania 70—80% alkoholu, co zwykle w razie dobrej techniki ma skutek dobry. Do otworu owalnego dochodzi się dość łatwo od strony policzka, posuwając się podśluzowo na wysokości drugiego zęba trzonowego (molaris) pomiędzy żuchwą a szczęką górną mniej więcej w głębokości 6 cm., poczem zaczyna się wstrzykiwanie, zwolna posuwając igłę do $1^1/_2$ cm. Wstrzykuje się 1 cm^3. Chory powinien potem spokojnie leżeć godzinę. Przez tydzień chroni się oko, potem stosuje się odpowiednie okulary ochronne. Po drugiem lub trzeciem wstrzyknięciu zwykle cierpienie ustępuje na stałe. W klinice Biera na 24 chorych u 14 uzyskano zupełne wyleczenie, u innych poprawę. K.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Sekcya zakopiańska Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Posiedzenie d. 18. III. 1914.

Obecnych 8 członków.

1. Kol. Wieselman: **O zaburzeniach nerwowych i psychicznych u gruźliczych** (według Muralta).

W dyskusyi a) Kol. Rudzki proponuje rozpatrzenie spraw spornych: o stosunku gruźlicy do zaburzeń nerwowych i o wpływie klimatu górskiego na cierpienia nerwowe, głównie na neurastenię i chorobę Basedowa. Osobiście doszedł do przekonania, że pobyt w górach wpływa dodatnio na chorobę Basedowa; bezsenność jest indywidualnym objawem nerwowym, naogół jednak rzadko daje się spostrzegać pogorszenie snu w Zakopanem; uporczywa bezsenność jest przeciwwskazaniem do pobytu w górach. Neurastenicy po większej części dobrze znoszą klimat górski. Na poty gruźliczych pobyt w Zakopanem zwykle wpływa dodatnio. Pobudliwość płciowa u gruźliczych jest nietyle objawem toksycznym, ile wytworem warunków leczenia. — b) Kol. Wieselman przytacza opinię Muralta, iż na neurasteników góry zwykle wpływają ujemnie; co do potów zaś wpływ bywa dodatni; bezsenność jest to rzecz indywidualna. — c) Kol. Czaplicki stwierdza, iż ogół chorych, cierpiących na bezsenność, znosi dobrze klimat górski. Mowca zauważył, że w Zakopanem wystarcza często krótszy sen, niż w nizinach. Poty w górach ustępują wskutek poprawy stanu chorych. Pobudliwość płciowa gruźliczych zależy od toksyczności prątków Kocha. — d) Kol. Gaik potwierdza spostrzeżenie kol. Czaplickiego, że mała ilość godzin snu nieraz w górach wystarcza chorym; ujemnego wpływu na sen mowca nie zauważył w Zakopanem. Co do neurasteników, znoszą oni dobrze klimat górski i 75% z nich wyjeżdża z Zakopanego wyleczonych. Na chorobę Basedowa żaden klimat nie wpływa tak korzystnie, jak wysokogórski. Z 200 przeszło chorych tego rodzaju, spostrzeganych przez mowcę, prawie u wszystkich stan się poprawił; potrzebny jest jednak dłuższy czas leczenia (5—8 miesięcy). — e) Kol. Wilczyński przytacza pogląd Godlewskiego, iż dwie są kategorye neurastenii — o wzmożonem i zmniejszonem parciu krwi. Chorzy ze wzmożonem ciśnieniem krwi źle się czują w klimacie wysokogórskim. Choroby Basedowa spostrzegał mowca kilkanaście przypadków: chorzy, których stan się poprawił, byli to ci, u których ciśnienie krwi było nizkie. — f) Kol. Gaik w ostatnich 2 latach badał ciśnienie krwi u chorych na chorobę Basedowa i zawsze znajdował wzmożone parcie. Wbrew zdaniu kol. Wilczyńskiego, spostrzegał mowca dobry stan podmiotowy i u tych, którzy mieli bardzo wysokie ciśnienie (do 170 mm. Hg). — g) Kol. Czaplicki zauważył, że wśród napływowej ludności Zakopanego rozwijają się objawy choroby Basedowa; odniósł również wrażenie, że bywają domy zakażone pod tym względem. — h) Kol. Gaik nie widział u miejscowej ludności ani u napływowych mieszkańców Zakopanego rozwoju choroby Basedowa. Zakaźności tej choroby również nie spostrzegał. — i) Kol. Brzeziński podkreśla, że u młodocianych osób choroba Basedowa poprzedza nieraz wystąpienie gruźlicy. Co do neurastenii, gruźlica bywa nieraz bodźcem do wcześniejszego jej rozwoju (Muralt). Poty gruźliczych są jedynie toksycznym objawem. Użalania się na bezsenność są przeważnie wynikiem suggestywności gruźliczych. Chorzy na chorobę Basedowa czują się doskonale do 1000 metrów wysokości, gorzej w wyższych górach; jeżeli parcie krwi u takich chorych nie podnosi się, należy ich wysłać z gór. Na sferę płciową gruźlica wywiera niewątpliwie wpływ podniecający. Wreszcie podkreśla mowca spaczenie charakteru u wielu gruźliczych, ich kłamliwość i zmniejszoną odpowiedzialność. — k) Kol. Czaplicki i Gaik

nie zgadzają się z ostatniem zdaniem kol. Brzezińskiego: spaczenie charakterów bywa i w innych chorobach przewlekłych. — 1) Kol. Rudzki podkreśla fakt, że ciśnienie krwi w górach zawsze podnosi się (Burckhardt); tem objaśnia się dobroczynny wpływ klimatu górskiego na chorych ze zmniejszonem parciem krwi. Co do charakteru gruźliczych, mowca również występuje przeciwko twierdzeniu, że gruźlica deprawuje chorych; z wielu spostrzeżeń sądzić można wręcz odwrotnie, że gruźlica wysubtelnia i zaostrza zdolności umysłowe i podnosi poziom etyczny.

2. Kol. Woyczyński podaje swe **spostrzeżenia nad działaniem szczepionki Friedmanna**. Mowca stosował ją w 15 przypadkach, z nich w 12 po 1 razie, w 3 po 2 razy w odstępie czasu 7—8 tygodni pomiędzy jednem a drugiem wstrzyknięciem. Chorzy byli przeważnie w III okresie Turbana. U większości po szczepionce podnosiła się ciepłota o kilka dziesiętnych w ciągu pierwszych dni, u jednego chorego było większe podniesienie ciepłoty. Po środku Friedmanna poprawa w płucach wystąpiła u 11 chorych, wyniku nie było u 4. Wartości środka na mocy tego materyału oceniać nie można, gdyż przypadki były niejednolite; z 6 jednak chorych, którzy od dłuższego czasu pozostawali w Zakopanem i stan ich płuc oddawna był bez zmiany, — u 5 pod wpływem szczepionki Friedmanna wystąpiła poprawa; natomiast polepszenie to było nieduże i krótkotrwałe, gdyż po 2—4 tygodniach zwykle znikało. Nacieki na miejscu wstrzyknięcia powstały u 7 chorych (z 15); występowały one najczęściej po 6—7 i 9 tygodniach; po pęknięciu tych ropni zjawiała się wydzielina taka, jak w kilakach.

W dyskusyi a) kol. Czaplicki opisuje 4 swoje spostrzeżenia, dotyczące chorych, od kilku lat będących pod obserwacyą mówcy; okres choroby II—III Turbana; jedna chora gorączkująca, 3 bez gorączki. Po wstrzyknięciu środka Friedmanna u 2 chorych stan pozostał na razie bez zmiany, u 2 pogorszył się: u jednej z nich ciepłota podniosła się o kilka dziesiętnych, chora nie mogła chodzić; w płucach wystąpiło zaostrzenie; na miejscu wstrzyknięcia po 7 tygodniach zjawił się naciek. U drugiej chorej w 5 dni po wstrzyknięciu ciepłota podniosła się, w płucach stan wyraźnie się pogorszył; wreszcie wystąpił silny krwotok płucny, trwający dotąd przez 5 tygodni. — b) Kol. Wilczyński osobiście nie stosował środka Friedmanna, lecz w prasie zauważył zmianę frontu na gorsze. Mówca przytacza spostrzeżenia rosyjskie Leźniewa i Złatogorowa oraz amerykańskie — z wynikami naogół ujemnymi; prątki Kocha po szczepionce nigdy nie znikały, obniżenia ciepłoty nie było. Jedynie Müller w krótkich słowach opisuje swe »doskonałe wyniki«, naogół zaś co do środka Friedmanna albo panuje rezerwa albo zaznaczają pogorszenie. — c) Kol. Rudzki stosował szczepionkę Friedmanna w jednym przypadku na wyraźne żądanie samego chorego. Był to chory z bardzo rozległemi zmianami rozpadowemi w obu płucach, leczący się od kilku lat. Po wstrzyknięciu miejscowego odczynu nie było; ciepłota, dotąd prawidłowa, podniosła się pierwszego dnia do 37·8, potem przez 10 dni nie przekraczała 37·0, jednocześnie w płucach było mniej rzężeń, natomiast potem wystąpiło wybitne pogorszenie w płucach, rozpad szybko posunął się przy wysokiej gorączce. Chory po 3 tygodniach wyjechał, dalsze jego losy są nieznane. Mowca sądzi, że środek Friedmanna należy do wysoce nieobojętnych dla ustroju gruźliczego i może często zaszkodzić, że bez zezwolenia rodziny nie wolno robić tego zabiegu. Zapytuje wreszcie kol. Woyczyńskiego, czy nie badał bakteryologicznie samego środka Friedmanna w nadesłanych sobie ampułkach oraz zawartości ropni, powstających po wstrzyknięciu. — d) Kol. Brzeziński zajmuje w danej sprawie stanowisko wyczekujące. Stosował szczepionkę u 2 chorych: pierwszy ciężko chory (in extremis), z rozległemi zmianami gruźliczemi w obu płucach, zmarł w 4 dni po wstrzyknięciu; drugi czuł się lepiej przez parę dni; potem ciepłota podniosła się do 38°, w płucach wystąpiły liczniejsze rzężenia oraz zjawiło się krwioplucie (które bywało u chorego i przedtem). Mowca przytacza z piśmiennictwa ujemne wyniki Mannheimera. Niespopularyzowanie idei Friedmanna przez 10 lat przemawia przeciw temu środkowi. — e) Kol. Woyczyński w odpowiedzi zaznacza, że w prasie zmiany frontu nie było, gdyż właściwie piśmiennictwa o środku Friedmanna prawie niema. Ampułek ze szczepionkami sam nie badał, kilka jednak z nich posłano do Lwową i tam prócz bakteryi gruźliczych typu zimnokrwistych i ziarenkowców stanowczo niechorobotwórczych nic nie znaleziono. Wstrzykiwanie śródżylne robił mowca w 3 przypadkach, powstaniu jednak ropni nie zapobiegł. W jednym przypadku były ropnie nawet w miejscu dwóch wstrzyknięć śródmięśniowych. Ujemnego wpływu środka Friedmanna na krwioplucia nie widział. Waga po wstrzyknięciu czasami bardzo się podnosiła.

Posiedzenie dnia 20. IV. 1914.

Obecnych 8 członków, oraz gość kol. Falkowski.

1. Kol. Czaplicki streszcza artykuł L. Rabinowiczówny (Deutsche med. Woch. 1914, Nr 14) **o szczepionce Friedmanna**. Doświadczenia autorki wypadły bardzo ujemnie: z 10 zbadanych ampułek, w 6 stwierdzono zanieczyszczenie różnemi innemi bakteryami, w tej liczbie gronkowcami i w 1 przypadku paciorkowcem. Wątpliwem jest nawet, czy szczepionka zawiera prątki gruźlicze żółwia, jak twierdzi Friedmann. Rabinowiczówna domaga się kontroli państwowej nad instytutami Friedmanna. W zakończeniu stwierdza kol. Czaplicki, że stosując środek Friedmanna, padliśmy ofiarą mistyfikacyi. Z osobistego materyału mowcy wszystkie 4 chore, którym wstrzyknął szczepionkę, mają się gorzej. Wyniki, otrzymane u nas w Zakopanem, są tak złe, że należy ostrzedz innych kolegów przed stosowaniem szczepionki Friedmanna; kol. Cz. stawia wniosek wydania przez Sekcyę zakopiańską odpowiedniej enuncyacyi.

W dyskusyi: a) kol. Brzeziński uzupełnia sprawozdanie kol. Czaplickiego: Vulpius i Laubenheimer na 13 zbadanych fiolek ze szczepionką Friedmanna w 2 tylko nie znaleźli domieszek, poza tem były obecne zwykle bardzojadowite ziarenkowce. U swych chorych autorzy ci nie spostrzegali polepszenia; przeciwnie w 1 przypadku nastąpiła po wstrzyknięciu śmierć przy objawach ostrego zatrucia; w drugim po szczepionce wystąpiła silna duszność z zapadem. Środek tedy Friedmanna jest bardzo nieobojętny, a nawet szkodliwy. — b) Kol. Nowotny stosował szczepionkę Friedmanna w 3 przypadkach gruźlicy chirurgicznej: w pierwszym, z próchnieniem kręgu, po wstrzyknięciu nie było odczynu, w 4 jednak tygodnie potem nastąpiło rozsianie się gruźlicy i śmierć. W drugim przypadku z gruźlicą stawu kolanowego, po wstrzyknięciu pogorszenie; przy następnej resekcyi stwierdzono w kości goleniowej dwa świeże ogniska. W trzecim przypadku z gruźlicą śródstopia, po szczepionce Friedmanna sprawa szybko się posunęła. Mowca jest za enuncyacyą i ostrzeżeniem. — c) Kol. Żychoń wstrzykiwał środek Friedmanna 9 chorym, z nich 6 miał w ściślejszej obserwacyi. W 4 przypadkach stan nie uległ żadnej zmianie, w 2 nastąpiło pogorszenie; w jednym z nich nastąpił silny krwotok płucny i wybitne pogorszenie w płucach (poprzednio chory przez $1^1/_2$ roku nie pluł krwią, jama gruźlicza zaciągała się). Co do 4 przypadków, w których płuca pozostały bez zmiany, u jednego w 4 dni po wstrzyknięciu wystąpił wyraźny zwrot ku lepszemu, rzężenia drobnobańkowe, które od dłuższego czasu istniały na przestrzeni $1^1/_2$ płatu, znikły prawie zupełnie; po tygodniu jednak poprawy wystąpiło znów zaostrzenie i chory wyjechał w tym samym stanie, w jakim był przed wstrzyknięciem środka Friedmanna. W drugim przypadku u ciężko chorego poprzednio bywały częste krwioplucia które po szczepionce nie powtarzały się więcej na razie. Na-

tomiast u trzeciego chorego na drugi dzień po wstrzyknięciu nastąpił krwotok płucny. W czwartym wreszcie przypadku — po śródmięśniowem wstrzyknięciu środka Friedmanna wystąpiły mnogie ropnie w różnych miejscach; wstrzyknięto szczepionkę do żyły i wtedy koło miejsca wstrzyknięcia powstało nowe ropienie W płucach pogorszenia niema, lecz ropnie dotąd trwają (przeszło 3 miesiące po wstrzyknięciu). Mowca jest za wyrażeniem nieprzychylnej opinii o szczepionce Friedmanna.— d) Kol. Kraszewski stosował środek Friedmanna u 6 chorych. W pierwszym przypadku wystąpiło powierzchowne ropienie na miejscu wstrzyknięcia, trwało ono $2^1/_2$ miesiąca, ciepłota naogół obniżyła się nieco, w płucach przebieg pomyślny. W drugim przypadku ze sprawą gruczołową żadnego wpływu szczepionka nie wywarła. W trzecim — z gruźlicą płuc i jelit — wystąpiło zrazu wybitne polepszenie stanu podmiotowego, ciepłota z 39° spadła do 37·5, dreszcze i poty nocne ustąpiły, biegunka po 3 tygodniach zmniejszyła się znacznie, w 3 tygodnie jednak potem po grypie sprawa znów zaostrzyła się. W 3 wreszcie przypadkach z gruźlicą płuc i krtani po szczepionce Friedmanna wystąpiło wyraźne pogorszenie, zwłaszcza w krtani (w jednym naciek szybko się rozpadł, powstały 2 nowe owrzodzenia). Na miejscu wstrzyknięcia odczynu nie było. Mowca przyłącza się do enuncyacyi. — e) Kol. Brzeziński wspomina, że jeden z kolegów lwowskich stosuje środek Friedmanna, jakoby z dobrymi wynikami. Co do komunikatu kol. U., uważa go za przedwczesny. — f) Kol. Rudzki zaznacza, że Prof. Kučera i Dr Selzer mieli odczyt o szczepionce Friedmanna w lwowskiem Tow. lekarskiem w d. 3 kwietnia r. b., wnioski autorów nie są jeszcze znane z pism *). W Davos próby ze środkiem Friedmanna zrobiły fiasko. Co do ostrzeżenia mowca sądzi, że najlepiej byłoby umieścić je jako wynik dyskusyi w protokołach z poprzedniego i dzisiejszego posiedzenia. — g) Kol. Żychoń uważa wprost za obowiązek Sekcyi ostrzedz ogół kolegów o szkodliwości szczepionek Friedmanna. — h) Kol. Rudzki proponuje, aby projekt enuncyacyi umieścić na porządku dziennym przyszłego posiedzenia i żeby wtedy zapadła ostateczna decyzya, a to ze względu na nieobecność dzisiaj paru kolegów, którzy mieli podobno lepsze wyniki po szczepionce od przytoczonych w dyskusyi. — i) Kol. Czaplicki radzi wobec tego zwołać umyślne posiedzenie za 3 dni. Wniosek ten podtrzymują kol. Nowotny i Rudzki. — k) Kol. Mischke oświadcza się za ostrzeżeniem z podaniem tabliczki, w której byłyby zestawione wszystkie przypadki, leczone podług Friedmanna w Zakopanem. — l) Kol. Wieselmann osobiście nie stosował środka Friedmanna, lecz jest za ostrzeżeniem ze względu na ujemne wyniki, o których zewsząd słyszy. Wobec tego, że zebrani koledzy jednomyślnie oświadczają się ujemnie o szczepionce Friedmanna, nie uważa mowca za potrzebne zwoływania umyślnego posiedzenia.

Po przemówieniach kol. Brzezińskiego, Czaplickiego, Kraszewskiego, Nowotnego i Żychonia uchwalono jednomyślnie wniosek kol. Czaplickiego, żeby zwołać nadzwyczajne zebranie w najkrótszym czasie (obrano 25 b. m.), przygotować enuncyacyę i po uchwaleniu jej, wydrukować razem z protokołami obu ostatnich posiedzeń. Do zredagowania projektu enuncyacyi wybrano kol. Czaplickiego i Rudzkiego.

2. Kol. Żychoń podał **projekt statystyki gruźlicy w Zakopanem.**

Wobec tego, że uchwalony przed 4 laty schemat statystyczny okazał się niedogodnym i nikt prawie z kolegów go nie wypełniał, proponuje kol. Żychoń zmniejszyć ilość zapytań.

Po ożywionej dyskusyi, w której zabierali głos kolejno kol. Kraszewski, Rudzki, Wieselmann, Brzeziński, Żychoń i Czaplicki, przyjęto skrócony schemat, proponowany przez referenta, oraz uchwalono rozpocząć zbieranie statystyki od 1 lipca 1914 r. i co kwartał oddawać wypełnione arkusze lekarzowi klimatycznemu.

3. W wolnych wnioskach kol. Czaplicki proponuje oświadczyć się przeciw projektowanemu domowi gry w Zakopanem. Wniosek kol. Czaplickiego gorąco poparli kol. Żychoń, Brzeziński i Rudzki, poczem uchwalono: »Sekcya Zakopiańska T. l. g. oświadcza się stanowczo przeciw założeniu domu gry w Zakopanem, zarówno z punktu widzenia lekarskiego, jak i obywatelskiego«.

Dodatkowo uchwalono upoważnić kol. Żychonia do powołania się w Radzie gminnej na opinię sekcyi, oraz przyjęto do wiadomości oświadczenie kol. Żychonia, iż podejmuje się on wszczęcia akcyi w prasie przeciwko domowi gry w Zakopanem.

4. Zapowiedziany odczyt kol. Brzezińskiego: »Gruźlica a małżeństwo« odłożono do następnego posiedzenia.

Nadzwyczajne posiedzenie d. 25. IV. 1914.

poświęcone sprawie enuncyacyi, ostrzegającej przed stosowaniem środka Friedmana.

Obecnych 8 członków oraz 3 gości.

1. Na początku posiedzenia odczytano list kol. Różeckiego, który w odpowiedzi na zaproszenie prezydyum oznajmia, że przybyć na zebranie nie może; »wobec tego, że wszyscy obecni na posiedzeniu w d. 20 IV. członkowie już wypowiedzieli się jednomyślnie za podaniem do pism lekarskich enuncyacyi, ostrzegającej przed użyciem środka Friedmanna, uważałby wyrażenie swego zdania na posiedzeniu za bezcelowe: nie mniej, nie stając w obronie środka Friedmanna, nie przyłącza się do postanowionej przez Sekcyę akcyi, będąc raczej za wnioskami, ogłoszonymi przez Dra Selzera w Nr 17 Tyg. lek. str. 226, 40. wiersz od góry, aż do końca artykułu, ze szczególnem uwzględnieniem punktu 3 i 4., oraz przytoczonego dalej nieco zdania Brauera«.

2. Drugi z zaproszonych na posiedzenie kolegów, którzy byli nieobecni na poprzednich zebraniach, kol. Januszkowski, streszcza swoje spostrzeżenia nad środkiem Friedmanna: Stosował go w 10 przypadkach, z nich 2 stracone z obserwacyi. Pozostałych 8 chorych spostrzegał $3-3^1/_2$ miesiąca. Z nich 6 było w III okresie Turbana, 1 pomiędzy II a III, 1 wreszcie przy niewielkich zmianach szczytowych miał sprawę gruczołową bez podniesienia ciepłoty, w 2 przypadkach było gruźlicze zajęcie krtani. Po wstrzyknięciu szczepionki Friedmanna w 4 przypadkach nastąpiła wyraźna poprawa ogólna i miejscowa, z nich 1 chory stracił gorączkę (przedtem miał stany podgorączkowe). W 2 przypadkach stan pozostał bez zmiany; u 2 wreszcie chorych wystąpiło zupełnie wyraźne pogorszenie. Pierwsza z nich, młoda chora ze stanami podgorączkowymi przy dużych zmianach płucnych, doznała po szczepionce Friedmanna chwilowej poprawy (zmniejszenie potów i duszności), na 9. jednak dzień wystąpiła bardzo silna gorączka (do 40°) z dreszczami, w płucach ogromne zaostrzenie, mnóstwo rzężeń nawet w zdrowych dotąd dolnych płatach; trwało to 3 tygodnie, poczem zaczęło ustępować, lecz gorączka stale utrzymuje się dotąd do 39°. Druga chora, 19-letnia, z dużemi zmianami w obu płucach i rozpadem w lewem płucu, przy gorączce stałej do 39°. Po wstrzyknięciu na 7—8. dzień gorączka wyższa, sprawa rozpadowa szybko się posunęła. Pogorszenie u obu chorych nastąpiło jakby dzięki szczepionce Friedmanna; obu chorym wstrzyknięto po 0·2 z jednej ampułki. Dwie inne chore, którym wstrzyknięto zawartość innej ampułki Friedmanna, osiągnęły wyraźne polepszenie: U jednej na 3—4. dzień wystąpiła gorączka i silne podrażnienie opłucnej w całem płucu, po 7 dniach jednak objawy te ustąpiły, poczem stan wyraźnie się poprawił i polepszenie w płucach trwa dotąd (4 miesiące obserwacyi); w 11. tygodniu powstał ropień na miejscu wstrzyknięcia. U drugiej chorej po szczepionce znikł

---

*) Okazały się one nieprzychylne dla Friedmanna (patrz Tyg. lek. Nr 17 z d. 23 kwietnia 1914 r.).

stan podgorączkowy, poprawa ogólna i mniej wyraźna miejscowa. W 11. tygodniu powstał również ropień na miejscu wstrzyknięcia, który trwa dotąd po 4 tygodniach. W dwóch innych wreszcie przypadkach (u chorego w II—III okresie Turbana i u drugiego — ze sprawą gruczołową) po szczepionce wystąpiła poprawa ogólna. Śródżylnie kol. J. nigdy szczepionki nie wstrzykiwał. Ze spostrzeżeń swych mowca żadnych wniosków nie wyciąga wobec zbyt małego materyału. Enuncyacyę uważa za przedwczesną.

3) Kol. Czaplicki i Rudzki odczytują projekt enuncyacyi, nad którą powstała ożywiona dyskusya. Zabierali głos wszyscy obecni członkowie.

a) Kol. Czaplicki podnosi, że gdy otrzymaliśmy 17 pogorszeń na 45 przypadków, to mamy prawo ostrzedz kolegów. — b) Kol. Nowotny podkreśla, że środek Friedmanna dyskredytuje to, że jest zanieczyszczony i nie jest nieszkodliwy. 45 przypadków, to liczba poważna; więcej materyału mieć nie będziemy, gdyż nikt z nas stosować nadal szczepionek Friedmanna nie będzie. Duża liczba pogorszeń i ropni nakazuje ostrzedz. Trzeba mieć odwagę wygłoszenia swego zdania przedmiotowego, nie czekając na autorytety. — c) Kol. Kraszewski zaznacza, że my w Zakopanem, mając największy materyał, powołani jesteśmy do wyrażenia swego zdania, żeby zwrócić baczniejszą uwagę na ten środek.

Po przedyskutowaniu szczegółów enuncyacyi i formy jej, uchwalono wszystkimi głosami przeciw jednemu ogłosić następujące:

Oświadczenie Sekcyi zakopiańskiej Tow. lekarzy galicyjskich w sprawie środka Friedmanna.

Opierając się na sprawozdaniach z posiedzenia Tow. lekarskiego berlińskiego w listopadzie 1913 r., w których podane były jakoby bardzo korzystne wyniki, otrzymane przez lekarzy berlińskich z prof. Schleichem na czele po zastosowaniu szczepionki Friedmanna, lekarze zakopiańscy wprowadzili w użycie ten środek po zbadaniu w Berlinie przez jednego z kolegów sposobu stosowania. W przeciągu pierwszych czterech miesięcy r. b. ośmiu kolegów zakopiańskich stosowało szczepionkę Friedmanna u 45 chorych, z których 3 miało gruźlicę kości, reszta zaś gruźlicę płuc z powikłaniami krtaniowemi w 5 przypadkach i jelitowemi w 2. Wyniki były następujące: w 2 przypadkach śmierć, w 15 pogorszenie, w 12 stan bez zmiany, w 16 mniej lub więcej krótkotrwała poprawa. W 13 powstały ropnie na miejscu wstrzyknięcia. Szczegóły uwidocznione są w przytoczonych powyżej protokółach posiedzeń.

Opierając się na omówionych spostrzeżeniach, Sekcya zakopiańska uznaje, iż 1) środek przeciwgruźliczy Friedmanna bynajmniej nie jest nieszkodliwy. 2) Dotychczasowe spostrzeżenia każą powątpiewać o wartości leczniczej tego środka w dzisiejszej jego postaci. 3) W obecnym swym stanie środek Friedmanna nie nadaje się do celów leczniczych, a tem bardziej zapobiegawczych ze względu na wielokrotnie stwierdzone zanieczyszczenie go innymi drobnoustrojami, głównie ropotwórczymi.

Dr Stefan Rudzki, sekretarz. Dr E. Brzeziński, prezes.

Medycyna publiczna. Higiena. Epidemiologia.

Z epidemiologii duru plamistego.

Podał

Dr Julian Bory,

c. k. starszy lekarz powiatowy w Drohobyczu.

(Według wykładu, wygłoszonego w dniu 17 lutego 1914 r. na Zjeździe lekarzy powiatowych we Lwowie).

Na zjazdach naszych, odbytych w r. 1902 we Lwowie i w r. 1912 w Krakowie, wygłosiłem prawie równobrzmiące referaty o rozpoznaniu i o sposobie przenoszenia się duru plamistego.

Sprawy rozpoznania nie będę poruszać; przedstawiłem ją w artykule, pomieszczonym w naszym miesięczniku związkowym »Der Amtsarzt«, 1912; w przedmiocie tym niema nic nowego do dodania.

Natomiast od tego czasu pojawiły się prace kilku autorów, poruszające także sprawę dróg, któremi przenosi się zarazek z osoby na osobę. Najważniejsze i najdonioślejsze są tu prace Nicollea i jego współpracowników Conora i Conseila, ogłoszone w latach 1910—1912 w rocznikach Zakładu Pasteura, rzucające wiele światła na epidemiologię duru plamistego, i z tego powodu uważam za stosowne omówić tę sprawę ponownie, uzupełniając ją nowemi zdobyczami i przyczynkiem z własnej obserwacyi.

Nicolle wraz z wymienionymi współpracownikami na podstawie obserwacyi epidemii w Tunisie i doświadczeń na małpach dochodzi do wniosku, że zarazek przenieść mogą wszy i że są one nawet wyłącznemi przenosicielkami choroby.

Doświadczalnie udało się tym badaczom przenieść chorobę na małpy, mianowicie na szympansa, makaka i magota. Do szczepienia jadu używali wstrzykiwań krwi z chorych, i to naprzód pod skórę, następnie do żył, a wreszcie z najpewniejszym wynikiem do otrzewnej.

Najczulsze na jad okazały się szympansy, u których do wywołania choroby wystarczy podskórne wstrzyknięcie 1 cm sześć. krwi. Makaki i magoty są mniej wrażliwe, do ich zakażenia potrzeba dawki wyższej, 4 do 5 cm. sześć., i wprowadzenia tej dawki do jamy otrzewnej.

Z małp na małpy można chorobę przenosić bez ograniczenia. Przebieg duru plamistego u małp zbliżony jest do obrazu tej choroby u człowieka, a prawie identyczny z przebiegiem jej u dziecka, a zatem zazwyczaj lżejszy i o krótszym czasie trwania, niż u człowieka dorosłego.

Dalej okazało się, że zarazek zawarty jest we krwi w ciągu całego okresu gorączkowego i jeszcze do dwu dni po ustąpieniu gorączki, a z drugiej strony pojawia się we krwi już na dwa dni przed jej wystąpieniem, i że przebycie cięższej formy duru doświadczalnego wywołuje odporność, stwierdzoną jeszcze po upływie roku.

Wreszcie udało się tym badaczom przenieść chorobę za pośrednictwem wszy z małpy na małpę, a mianowicie w ciągu dwu lat doświadczeń ogółem w czterech przypadkach; tę część doświadczeń, najważniejszą w sprawie przenośników zarazka, przytoczę nieco szczegółowiej. Do doświadczeń swych używali badacze francuscy wszy ubraniowej (pediculus vestimenti).

W r. 1909 na skórę chorej na dur plamisty małpy »macacus sinensis«, oznaczonej liczbą 1, w trzecim dniu choroby nastawiono wszy, głodzone poprzednio przez osiem godzin, w ilości 29 sztuk, a w następnych sześciu dniach przystawiano je codziennie na skórę dwu małp zdrowych tego samego gatunku, oznaczonych literami A i B; w szczególności na skórę małpy A w sześciu następujących po sobie dniach nastawiono po 15, 12, 13, 8, 6 i 3 sztuk tych owadów zakażonych, które zatem w dniu ich przystawienia były 1, 2, 3, 4, 5 i 6 dni po żywieniu zakażającem; w podobny sposób zakażano małpę B przez dni 12. Obydwie małpy zachorowały na dur plamisty po okresie wylęgania, wynoszącym u małpy A 22 dni, u małpy B aż 40 dni.

W podobny sposób udało się w roku następnym (1910) przenieść dur plamisty na dwie małpy tego samego gatunku, oznaczone liczbami 28 i 29. Wszy, użyte w tych dwu doświadczeniach, były od 5 do 7 dni po żywieniu zakażającem na małpie.

Natomiast podobne doświadczenia, wykonane równocześnie na małpach tegoż gatunku, oznaczonych liczbami 25, 26 i 34, wypadły ujemnie; wszy, użyte u małp 25 i 26, były od 1 do 4 dni, a u małpy Nr 34 od 9 do 12 dni po zakażeniu czyli po żywieniu zakażającem na małpie. U małp

tych (25, 26 i 34), których ciepłotę ciała mierzono w ciągu dni 40, nie wystąpiły żadne zaburzenia.

Z doświadczeń tych Nicolle wysnuwa wniosek, że wszy przenoszą zarazę tylko wówczas, gdy na 5 do 7 dni przedtem były zakażone, z czego w dalszym ciągu wynikałoby, że nieznany zarazek duru plamistego odbywa w ustroju wszy odrębny okres rozwoju, podobnie jak pierwotniak zimnicy w ustroju komarów widliszów. Podobne doświadczenia, wykonane przez Rickettsa i Wildera z wszami w trzech przypadkach, nie wywołały wprawdzie choroby, sprowadziły jednak u małp, do doświadczeń użytych, odporność przeciw dalszemu zakażeniu. Ci sami badacze amerykańscy (Ricketts i Wilder, przytoczeni według Nicollea) używając w jednym przypadku pcheł, żywionych na kilku chorych, otrzymali w doświadczeniu z małpą wynik ujemny. Z tego jedynego doświadczenia Ricketts i Wilder, a za nimi Nicolle wysnuwają daleko idący i śmiały wniosek, że pchły nie odgrywają roli w przenoszeniu zarazka duru plamistego.

Dalsze badania własności zarazka, dokonane przez Nicollea, wykazały, że ginie on we krwi ogrzewanej do 50—55° C i że jest on zawarty w białych ciałkach krwi, a niema go w krwinkach czerwonych, ani też w surowicy przesączonej przez sączek Berkefelda. Płyn mózgowordzeniowy nie jest zakaźny, a zatem nie zawiera zarazka.

Surowica krwi ozdrowieńców lub małp wyleczonych ma wyraźne własności ochronne zapobiegawcze i lecznicze względem zakażenia doświadczalnego u małpy lub względem choroby naturalnej u człowieka. Własności te są bardzo wybitne w 10. i 12. dniu po ustąpieniu gorączki, lecz później znikają szybko tak, że w 15 do 20 dni po ustąpieniu gorączki surowica straciła to działanie (le sérum, après 15 à 20 jours, semble avoir perdu toute activité).

Ze środków, stosowanych w celach leczniczych, salwarsan okazał się zupełnie bezskutecznym, a nawet niebezpiecznym.

Doświadczenia te są zajmujące i mają wielką doniosłość, ponieważ rzucają wiele światła na epidemiologię duru plamistego i wskazują drogi, jakiemi powinny pójść dalsze badania i doświadczenia.

Wynika z nich także, że wszy mogą w danym razie być przenosicielkami zarazka. Nie wydaje mi się jednak ani dowiedzioną, ani słuszną dalsza część wniosku Nicollea, opiewająca, że wszy stanowią wyłączny czynnik w przenoszeniu choroby rodzimej (les agents uniques de transmission dans la nature du ts. ex). Zbyt mała liczba dodoświadczeń dodatnich nie uprawnia do tak stanowczych wniosków. Ogółem udało się tylko cztery razy przenieść chorobę za pośrednictwem wszy, a nie można (przynajmniej z opisu doświadczeń) wyłączyć innej drogi zakażenia, n. p. za pośrednictwem pcheł, które, jak zobaczymy, mogą odbywać dalekie wędrówki. Okres wylęgania w jednym przypadku (u małpy A) wynosił 22, w drugim (u małpy B) nawet 40 dni, co może wzbudzać pewne wątpliwości. Nie wdając się w szczegółową krytykę doświadczeń, trudno jednak wstrzymać się od uwagi, że wnioski, wysnute z małej liczby doświadczeń, są zbyt śmiałe. Wobec tego tę część wniosków Nicollea uważam co najmniej za niedowiedzioną i wątpliwą.

W sprawozdaniach moich, przedstawionych w r. 1902 i w r. 1912 (j. w.), wyraziłem przypuszczenie, że w naturze dur plamisty z osoby na osobę przenoszą owady, zaszczepiające jad podskórnie, że główną rolę w tem odgrywają pchły i starałem się uzasadnić to przypuszczenie na podstawie obserwacyi, które treściwie przypomnę, dołączając w końcu szczegół nowy.

Do takiego wniosku skłoniła mnie przedewszystkiem znana wielka zakaźność choroby, co nie dałoby się snadnie wyjaśnić powolnością i ociężałością ruchów wszy.

Wielka zakaźność choroby nie jest jednak bezwzględna, lecz jest zawisła od pewnych warunków, sprzyjających jej rozwojowi, względnie rozwleczeniu; jak wiadomo, dur plamisty szerzy się gwałtownie przedewszystkiem tylko wśród najuboższych warstw ludności, skąd zyskał nawet nazwę tyfusu głodowego. Po wejściu do chaty nieczystej, zamieszkałej przez rodzinę ubogą, nawiedzoną durem plamistym, odczuwamy zaraz dotkliwie ataki całych rojów pcheł, a przy zmianie odzieży spostrzegamy, zwłaszcza na goleniach, liczne ślady ich ukłuć. Jestto okoliczność, która mi nasunęła myśl o ważnej roli pcheł w przenoszeniu zarazka.

Skoro choroba pojawi się w takiej nędznej, nieschludnej chacie, to wszyscy domownicy na nią zapadają — są to istne wylęgarnie duru plamistego. Natomiast nie grasuje on tak bezwzględnie w domach i rodzinach zamożniejszych, a przedewszystkiem schludniejszych, których w czasie epidemii albo wcale nie nawiedza, albo — co jeszcze bardziej jest uwagi godne i znamienne — dostawszy się tu, nie nawiedza wszystkich domowników, lecz ogranicza się do jednej lub dwu osób, mimo że wspólnie z chorym w tej samej izbie przebywa większa ich liczba. Nadmieniam przy sposobności, że od szeregu lat, odkąd ludność gmin i domów zakażonych pouczam, że pchły przenoszą zarazę, obserwowałem stale, że przestrzeganie czystości i stosowanie środków tępiących owady miało skutek taki, iż nawet w domach biedniejszych choroba ograniczała się do 1 lub 2 osób, oszczędzając resztę domowników.

(Dokończenie nastąpi).

III. Zjazd balneologów polskich

w Krakowie 4. i 5. maja 1914.

Odbyty w połączeniu ze Zjazdem turystycznym III Zjazd balneologiczny nie był tak liczny, jakby należało i nie dorównywał w tym względzie Zjazdom poprzednim. Natomiast nie ustępował im pod innymi względami, a zapisał się dobrze w pamięci uczestników zbliżeniem się do siebie obu organizacyi, pracujących w Galicyi nad podniesieniem zdrojownictwa, to jest Polskiego Towarzystwa balneologicznego i Krajowego Związku zdrojowisk i uzdrowisk.

W przeddzień Zjazdu odbyło się Walne Zebranie Towarzystwa balneologicznego polskiego.

Zjazd, zainaugurowany przemówieniami prezesa Towarzystwa balneologicznego polskiego, Dr Cerchy i wiceprezesa Krajowego Związku turystycznego, Dr Schneidra, witali delegaci: Wydziału krajowego Dr Bernadzikowski, Akademii Umiejętności prof. Dr Marchlewski, Wydziału lekarskiego Uniw. Jagiell. prof. Dr Ciechanowski, Związku kraj. lek. prezes Dr Damski, Towarzystwa lek. krak. Dr Wojciechowski, Kraj. Związku zdrojowisk Dr Łobaczewski, Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej prezydent Dr Schöngut, Tow. technicznego krak. prezes r. dw. Józef Horoszkiewicz, Tow. krajoznawczego z Warszawy p. Wisznicki, Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej Dr Mikołajski, Centralnego Związku balneologów austr. Dr Zanietowski. Jako przedstawiciel Rządu przybył na Zjazd referent sanitarny krajowy, radca Dr Lachowicz. Od Towarzystwa higienicznego warszawskiego, Towarzystwa lekarskiego lwowskiego, redakcyi polskich czasopism lekarskich i wielu lekarzy nadeszły powitania listowne i telegraficzne. Prezesami honorowymi Zjazdu zostali wybrani: prof. Marchlewski (Kraków), prof. Jaworski (Kraków), Dr Bernadzikowski (Lwów), hr. Jan Potocki (Rymanów), prof. Gluziński (Lwów), Dr Jaworski (Warszawa), Dr Paderewski (Warszawa), Dr Chełchowski (Warszawa), radca Dr Chłapowski (Poznań) i prof. Dr Korczyński (Sarajewo). Rzeczywistymi prezesami Zjazdu zostali wybrani Dr Mikołajski (Lwów), Dr Biesiadzki (Krynica), p. Wisznicki (Warszawa), Dr Kaden (Rabka). Na sekretarzy powołano: Dr Wojtkowskiego (Lwów), Dr Turzańskiego (Iwonicz) i dyr. Teodorowicza (Szczawnica).

Dr Zanietowski przedstawił sprawozdanie z dziesięcioletniej działalności Towarzystwa balneologicznego polskiego, poczem jako pierwszy wykład z działu balneologii wygłosił prof. Dr W. Jaworski rzecz: »O urządzeniach leczniczych w zdrojowiskach teraz i w przyszłości«, Dalej odbyły się z tego działu następujące wykłady: prof. Dr Marchlewskiego: »Niektóre metody lecznicze w świetle postępu chemii biologicznej«, doc. Dr Seń-

kowskiego: »Analizy wód krajowych z uwzględnieniem jonizacyi i hydrolizy składników«, doc. Dr Latkowskiego: »Z dziedziny postępów balneologii i balneoterapii«, Dr Zanietowskiego: »Systemizacya porównawcza zdrojowisk i uzdrowisk krajowych«, Dr Pelczara: »Dyetetyka w leczeniu chorób przemiany materyi«, Dr Langa: »Z dziedziny leczenia zołzów u dzieci«, Dr Turzańskiego: »Leczenie zołzów w Iwoniczu«, Dr Lewickiego: »Czy można wydawać kąpiele lecznicze w zdrojowiskach bez ordynacyi lekarskiej?«, Dr Aronsohna: »Sezony zimowe gdzieindziej i u nas«, Dr Mayera: »O wskazaniach dla leczenia zdrojowego chorób kobiecych w zdrojowiskach krajowych«.

Wykładów tych nie streszczamy, mając nadzieję ogłosić je w całości. Oprócz tych wykładów odbyły się wykłady z zakresu turystyki: Dr L. Schneidra, pp. Wisznickiego, Mędrkiewicza, radcy Kubalskiego, inż. Suchanka, Ruschkego i Szczepańskiego, które wywołały ożywioną dyskusyę.

Prawie całe jedno posiedzenie zajęły rozprawy nad deontologią zdrojową. Sprawę tę wyczerpująco referował Dr S. Mikołajski. Tegosamego dnia rozpatrywały ją ze względu na wyrażone na Zjeździe poglądy — Wydziały obu Izb lekarskich galicyjskich na wspólnem posiedzeniu. Uchwalony przez Izby kodeks deontologii zdrojowej podaliśmy w ostatnim zeszycie »Przeglądu«.

W czasie wolnym od obrad odbyły się zebrania towarzyskie, wśród nich wspólny bankiet, — mile zapisane w pamięci uczestników swym nastrojem i uprzejmością gościnnych gospodarzy.

Jako pamiątkę Zjazdu otrzymali uczestnicy »Pamiętnik polskiego Tow. balneologicznego«, tom III, wydany pod redakcyą Dr Zygmunta Wąsowicza, a zawierający prace Dra J. Zanietowskiego, M. Cerchy, Z. Pelczara, prof. L. Marchlewskiego, St. E. Radzikowskiego, Z. Wąsowicza, J. Regieca, J. Frączkiewicza, dalej »Przewodnik po zdrojowiskach i uzdrowiskach polskich« i przewodniki po Krakowie, Lwowie i po Zakopanem w języku angielskim, francuskim i polskim, wydane przaz Krajowy Związek turystyczny w Krakowie.

V. Zjazd lekarzy i przyrodników czeskich

w Pradze 29. maja do 3. czerwca 1914.

Według ogłoszonego w ostatnim zeszycie »Casopisu lekaruv ceskych« szczegółowego spisu zgłoszonych już wykładów zapowiada się Zjazd bardzo poważnie co do ilości i jakości prac. I tak n. p. w sekcyi fizyologiczno-farmakologicznej zgłoszono dotąd przeszło 30, w sekcyi medycyny wewnętrznej i działów pokrewnych 66, w sekcyi chirurgiczno ginekologicznej 83, w sekcyi laryngologicznej wraz z okulistyczną 34 wykładów i t. d. W sekcyi medycyny wewnętrznej głównymi tematami obrad będą: 1) Dermatozy a wydzielanie wewnętrzne (referent prof. Janovsky). 2) Rozpoznawanie czynnościowe chorób wątroby (doc. Eiselt). 3) Postępy rentgenologii przewodu pokarmowego (doc. Hynek), a wykłady zgłosili m. i. profesorowie Maixner, Thomayer, Heveroch, Hnátek, Syllaba, Weigner, Bukovsky, Pesina, Scherer, Samberger, Pelnar, Bołdyrew (z Kazania). — W sekcyi chirurgicznej temat główny: »O znieczuleniu miejscowem«, referować będą prof. Znojemsky i doc. Jerie.

Z lekarzy Polaków zgłosił dotychczas wykład tylko r. dw. prof. Dr B. Wicherkiewicz: »Przyczyny niedowidzenia późniejszego po prawidłowo wykonanej operacyi zaćmy starczej«.

Ze Zjazdem połączona będzie wystawa przyrodniczo-lekarska.

Należałoby, aby w Zjeździe czeskim i tym razem lekarze nasi conajmniej tak licznie, jak w Zjazdach poprzednich, wzięli udział, do którego czeski Komitet gospodarczy serdecznie zaprasza.

II. Zjazd lekarzy prowincyonalnych Królestwa polskiego

w d. 31. maja i 1. czerwca 1914 w Lublinie.

W sobotę d. 30. V. o godz. 7 wieczorem uroczyste posiedzenie Towarzystwa lekarskiego lubelskiego.

Dnia 31. maja i 1. czerwca posiedzenia od godz. 9 rano do 1 w poł. i od 3 po poł. do 7 wieczór.

Otwarcie Zjazdu przez przewodniczącego w Komitecie or-

Leczenie raków

ELEKTROSELENIUM

Elektryczny koloidalny selen, koralowo czerwony w bardzo małych i jednostajnych ziarenkach w rozczynie jałowym, izotonicznym, stałym i dającym się wstrzykiwać.

Własności: elektroselenium przedstawia **czysty rozczyn** koloidalnego selenu. W przeciwieństwie do połączeń mineralnych selenu jest elektroselenium **nietrującym** środkiem. Wstrzyknięty zostaje częściowo wydzielony przez mocz a częściowo ustalony w różnych tkankach, m. i. także w nowotworach. Po wstrzyknięciu następuje odczyn leukocytowy z gorączką i dreszczem, który niekiedy może być bardzo gwałtowny.

Zastosowanie lecznicze: Elektroselenium używa się w leczeniu chorób rakowatych, przy rakach niedających się operować, lecz także przy rakach nadających się do operacyi przed operacyą lub po niej. Pod wpływem elektroselenium spostrzega się: **znikanie bólów, przybytek wagi i łaknienia, poprawę stanu ogólnego, powrót snu, cofnięcie się obrzęku gruczołów, wyschnięcie i zabliźnienie się owrzodzeń.** Stosowanie elektoselenium można połączyć z leczeniem fizykalnem.

Dawki i sposób stosowania: Elektroselenium sprzedaje się w ampułkach po 5 cm³. Wstrzykuje się 5 cm³ dziennie lub co drugi dzień. Dawkę można także niekiedy podwoić. Wstrzykiwanie **śródżylne** należy stawiać wyżej niż śródmięśniowe i podskórne.

Laboratoires Clin Comar & Cie. Paris.

Zastępstwo generalne na Austro-Węgry: Wien VI/1. Köstlergasse 1. Telefon 5355. 265 a

ganizacyjnym. Wybory prezydyum Zjazdu i zatwierdzenie regulaminu.

Temat główny: »Postępy w rozpoznawaniu i leczeniu spraw gorączkowych o pochodzeniu ukrytem«.

1) Wł. Biegański (Częstochowa). Wstęp i zarys ogólny tematu. 2) S. Sterling (Łódź). Kiedy gorączkę uważać wolno za objaw skrytej gruźlicy płuc. 3) K. Rozenfeld (Częstochowa). Przewlekłe stany gorączkowe pochodzenia gruczołowego i migdałkowego. 4) I. Watten (Łódź). Stany zapalne wyrostka robaczkowego, dróg żółciowych i trzustki. 5) Rogoziński (Lublin). Zakażenia dróg moczowych. 6) Cz. Czerwiński (Lublin). Cierpienia narządów rodnych kobiecych.

Tematy zgłoszone: 1) J. Brunner (Warszawa). O wartości leczniczej surowic. 2) M. Kaufman (Łódź). Samozatrucie ustroju pod wpływem ciąży. 3) K. Perłowski (Zawiercie). O leczeniu mieszanem przymiotu salwarsanem i rtęcią. 4) Maybaum (Łódź). O wczesnem rozpoznawaniu raka narządów trawienia. 5) E. Wiszniewski (Siedlce). Metoda Calota w leczeniu gruźlicy chirurgicznej. 6) W. Szumlański (Warszawa). Jakie wiadomości z otyatryi niezbędne są dla każdego lekarza. 7) S. Rotwand (Łódź). Klasyfikacya i ogólne zasady leczenia zaburzeń u niemowląt. 8) S. Sitkowski (Radzyń). Sfigmomanometrya w praktyce lekarza prowincyonalnego. 9) K. Rozenfeld (Częstochowa). O ciśnieniu krwi i tętna w gruźlicy płuc. 10) J. Gliński (Łask). Kilka słów o znieczuleniu rdzeniowem. 11) J. Dehnel (Będzin). Rzut oka na stan obecny wiadomości naszych w głównych chorobach nerkowych. 12) M. Zienkiewicz (Ciechanów). Przyczynek do nauki o wtórnych niedokrwistościach w chorobach zakaźnych. 15) St. Kelles-Krauz (Radom). Klasyfikacya stanów limfatycznych u dzieci. 14) J. Puterman (Sosnowiec). Kilka słów o skazie kurczowej dziecięcej. 15) St. Zieliński (Simno, gub. Suwalska). Tuberkulina Denisa w zastosowaniu praktycznem. 16) S. Orgelbrand (Kalisz). Schorzenia tętnicy głównej zależne od przymiotu. 17) W. Puławski (Radziejów). O reinjekcyi surowicy przeciwbłoniczej (dalszy przyczynek). 18) K. Okuszko (Częstochowa). O leczeniu włóknikowego zapalenia płuc surowicą swoistą. 19) M. Gromski (Łódź). O leczeniu płonicy. 20) K. Rieder (Łódź). Wpływ upałów na śmiertelność osesków w Łodzi. 21) S. Rechniowski (Piotrków). Statystyka zapaleń wyrostka leczonych w szpitalu Św. Trójcy w Piotrkowie w roku 1910—1913. 22) A. Pański i A. Goldman (Łódź). W sprawie operacyjnego leczenia chorób organicznych układu nerwowego. Przypadek torbieli móżdżku, leczony operacyjnie z zejściem pomyślnem. 23) Z. Srebrny (Warszawa). O ropówkach okołoprzełykowych wskutek obrażeń przełyku. 24) M. Gantz (Warszawa). Ciała obce w górnym odcinku przewodu pokarmowego i ich traktowanie. 25) A. Tomaszewski (Łódź). Kilka słów o leczeniu spondylitis plastyczną metodą operacyjną Albee. 26) E. Brunner (Warszawa). O leczeniu pryszczycy promieniami Roentgena. 27) J. Leyberg (Łódź). O zaburzeniach moczowopłciowych u mężczyzn na tle schorzeń organicznych wzgórka nasiennego. 28) Tenże. Kilka słów w sprawie wlewania salwarsanu przez odbytnicę metodą Sterlinga-Jermułowicza. 29) W. Cywiński (Kochanówka). O reakcyi Abderhaldena u umysłowo chorych. 30) E. Piotrowska (Kalisz). O zapobieganiu ciąży i sztucznem zapładnianiu. 31) J. Dehnel (Będzin). Przypadek splenomegalii rodzinnej. 32) H. Rozental (Łódź). Przypadek duru brzusznego o trzykrotnym nawrocie. 33) E. Moniuszko (Zwierzyniec Lub.). Moje spostrzeżenia nad fosfacydem Romanowskiego. 34) J. Gliński (Łódź). Przypadek porodu, powikłany przetoką pęcherzowo-szyjkową. 35) W. Jasiński i P. Borsukiewicz (Lublin). O mleku białkowem i larosanowem. 36) A. Żebrowski (Lublin). Przyczynek do statystyki twardzieli.

Posiedzenie ostatnie: Poniedziałek 1. VI. od godz. 3 po poł. do 6 wieczór.

1) A. Jarosiński (Sterdyń). Zadania społeczne lekarza prowincyonalnego w naszych warunkach. 2) W. Chodźko (Czerwony Dwór). Zadania lekarza-praktyka w zakresie psychiatryi. 3) M. Arnsztajn (Lublin). O brakach w wykształceniu lekarzy prowincyonalnych i środkach zaradzenia złemu. 4) H. Kaczyński (Parczew). O wzajemnem ubezpieczaniu lekarzy. 5) L. Wiszniewski (Jadów). Dlaczego lud nasz zamało się leczy. 6) J. Łuczycki (Łódź). Walka z padaczką w Królestwie Polskiem. 7) J. Dehnel (Będzin). W sprawie zwalczania gruźlicy w Zagłębiu Dąbrowskiem. 8) K. Okuszko (Częstochowa). O walce z chorobami zakaźnemi u nas a zagranicą. 9) M. Zienkiewicz (Ciechanów). Zadania lekarza początkowych szkół rolniczych. 10) H. Trenkner (Łódź). Plany szpitala dla chorych zakaźnych w Łodzi.

Od godziny 6 wieczorem uchwały i wnioski.

Uwagi: 1) Zwiedzenie miasta i szpitali dla uczestników Zjazdu zorganizowane będzie od 7 do 9 rano, dla osób towarzyszących przed i po południu. 2) Uczestnicy Zjazdu otrzymają w Lublinie szczegółowy program Zjazdu.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło 13. V. 1914 posiedzenie, na którem odbyła się dalsza dyskusya nad nosacizną, przyczem przemawiali: doc. Latkowski, Nitsch, prof. Bujwid i dyr. Krzyszkowski. Następnie przedstawiali chorych doc. Latkowski, Dr Walter, prym. Borzęcki, Dr Rosenhauch i prof. Reis. W dyskusyi przemawiali prof. Lewkowicz, Kader, Bujwid, Dr Boczar, Glassner, Steuermark i Wachtel.

— Krajowa Rada zdrowia na posiedzeniu w d. 9. maja 1914 we Lwowie zajmowała się następującemi sprawami: szczepienia lecznicze w płonicy, podwyższenie taksy szpitalnej w Rzeszowie, prywatny dom porodowy we Lwowie; prócz tego rozpatrywała sprawę mieszkań w Szczawnicy i ustawy o zwalczaniu chorób zakaźnych.

— Tytułem radcy medycynalnego, przyznawanym lekarzom praktycznym za wybitne zasługi, odznaczeni zostali, jak donoszą dzienniki, Dr Franciszek Murdzieński, b. dyrektor szpitala dziecięcego św. Ludwika, Dr Lesław Gluziński, Dr Maksy-

Owomaltyna
najlepszy posiłek krzepiący
Kompletnym i naturalnym przetworem odżywczym jest:
„OWOMALTYNA“
Dra Wandera,
składająca się z czystego ekstraktu słodowego, świeżego mleka bez zarodków, świeżych jaj i kakao.
Do nabycia w każdej aptece
puszka 100 gr K 1·—
« 250 « « 2·20
« 500 « « 4·—
PP. Lekarzom służymy chętnie próbkami, opisami i uznaniami klinicznemi
Dr Wander, T.-A. Berno szw. — W Wiedniu XVIII, Salierigasse 21.
229

milian Bett i Dr Leon Kossak we Lwowie, oraz Dr Klemens Dębicki w Krynicy.

— Prof. Dr Marchlewski wybrany został członkiem honorowym Towarzystwa balneologicznego polskiego.

— W czasie krajowej konferencyi nauczycielstwa Galicyi zachodniej w Krakowie w d. 13. i 14. V. 1914 odbyły się wykłady prof. Dr K. Kleckiego »Alkoholizm i zwalczanie go przez szkołę«, oraz inspektora szk. krajowego Dr M. Kociuby: »Jak odżywia się ludność wsi i miasteczek w kraju«.

— Na tablicę pamiątkową ś. p. doc. Dr Droby złożył p. mg. Henryk Banke 5 kor. Dalsze składki przyjmujemy.

— Akademia Umiejętności ogłasza szereg konkursów na stypendya, między innemi na 5 stypendyów im. Osławskiego po 5000 kor. rocznie dla kandydatów, kształcących się na profesorów w wyższych polskich zakładach naukowych (termin podań do 29. czerwca 1914); na stypendyum im. Pileckiego w kwocie 2400 kor. rocznie, które tym razem przyznane ma być kandydatowi, poświęcającemu się naukom matematyczno-przyrodniczym, a po ukończeniu uniwersytetu chcącemu udać się zagranicę dla dalszych studyów, (termin podań do 10 czerwca 1914), wreszcie na dwa stypendya im. Jankowskiej po 900 kor. rocznie dla uczniów uniwersytetu (termin podań do 10 czerwca 1914).

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 26. IV. do 2. V. 1914 zgłoszono przypadków: błonicy 6 † — (obcych 2 † —), krztuśca 6 † 2 (— † —), ospy wietrznej — † — (1 † —), płonicy 21 † 3 (2 † —), odry 3 — (— † —), duru brzusznego 4 † — (1 † —), czerwonki — † — (1 † —), tężca — † — (1 † 1)

Dr Janiszewski.

Ruch chorych zakaźnych w szpitalu im. Karola i Maryi dla dzieci w Warszawie. Od 19. IV. do 3. V. 1914 przyjęto do szpitala przypadków: płonicy 6, błonicy 5, duru brzusznego 3, krztuśca 1, gruźlicy płuc 5, zapalenia gruźliczego opon mózgowych 1. — W tymże czasie do ambulatoryum zgłosiło się przypadków: odry 2, błonicy 3, krztuśca 11, ospy wietrznej 1.

Dr S. Łyskawiński.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 4. V. do 11. V. 1914 przypadków: ospy 9 † —, płonicy — † —.

Dr Trenkner.

Poznań. Na pomnik Karola Marcinkowskiego złożono dotąd 3.941·95 marek. Przez Redakcyę »Przeglądu lekarskiego« wpłynęło 263·16 mk. (310 kor.). Dalsze składki przyjmujemy.

Z różnych stron. IV austryacki Zjazd przeciwgruźliczy (Tuberkulosetag) odbędzie się 24. V. b. r. w Wiedniu. Tematem obrad będą: 1) Stan walki z gruźlicą w Austryi (hr. Larisch i doc. Teleky). 2) Pomieszczenie suchotników (Schmittmann i Jagic). 3) Leczenie tuberkulinami (doc. Neumann, Goetzl, Löwenstein, Frankfurter, Kutschera).

Mianowania i odznaczenia. Dr Tadeusz Żeleński, znany z działalności literackiej, otrzymał tytuł »oficera Akademii« francuskiej za tłómaczenia dzieł Moliera.

Zmarli: Dr Stanisław Brożyński, emer. lekarz sztabowy w 61 r. ż. w Krakowie; Dr Włodzimierz Przyłęcki w Radomiu.

Odpowiedzialny redaktor:

Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę dnia 20. maja 1914 w domu Towarzystwa (Radziwiłłowska 4) o godz. 6 wieczorem.** Na porządku dziennym: 1) Demonstracya chorych leczonych w klinice medycznej szczepionkami Friedmanna, kol. Wachtel. 2) Demonstracya przypadku drożdżycy (blastomycosis), kol. Blay i Nitsch. 3) Odczyt: »O działaniu niewidzialnych, krótkofalistych promieni światła na narząd wzrokowy«, kol. Kleczkowski.

Dr JAN BRODZKI b. asystent J. E. prof. Leydena ordynuje jak zwykle od 1 maja
w KUDOWIE, 137
zimą: w Heluanie w Egipcie.

Szczawa **Krondorfska** uznana za najlepsza i naturalną.
Najlepsze skutki w nieżytach żołądka i pęcherza, jakoteż dróg oddechowych.
Prospekty rozsyła na żądanie Brunnen-Unternehmung Krondorf bei Karlsbad lub też Generalna reprezentacya dla Galicyi i Bukowiny, Kraków, Grodzka 48. Lwów, Sykstuska 31. 6

SANATORIUM **REKAWINKEL**
dla nerwowo i umysłowo chorych.
Najbardziej postępowo urządzone, wszystkie środki lecznicze, dokoła otoczone lasem, blisko Wiednia, stacya kolei miejskiej
przez cały rok 4 lekarze. 270
Telefon (patrz książkę telef. wiedeńską) Rekawinkel Nro 2.
Rozmownica Wiedeń I, Operngasse 6. w środę i sobotę pop. godz. 4. Tel. 5840.

KRYNICA **Dr Stanisław Flaschen** ordynuje jak zwykle Willa „Gwiazda“. 138

Karlsbad **Dr med. ADAM MACIĄG** 131
b. asystent c. k. kliniki chorób wewn. Uniw. Jagiel. ordynuje jak lat ubiegłych
Dom »KRONENAPOTHEKE« (przy Mühlbrunie).

IWONICZ 285 **Dr STAUBER** ordynuje jak zwykle od 20 maja.

Dr MAKSYMILIAN FUCHS 264 ordynuje jak dawniej
w Badenie (pod Wiedniem) ul. Renngasse 6.

KRYNICA 136 Pensyonat i Zakład leczniczy Dr. E. ZARZYCKIEGO
od maja do października. — Wodolecznictwo na miejscu. — Żądać prospektów.

POŁĄGA 130
(GUBER. KURLANDZKA)
Jedyne polsko-litewskie morskie kąpiele na wybrzeżu Bałtyku.

Sezon od 15 czerwca do 15 września. Zimne i ciepłe morskie kąpiele. Las sosnowy. Studnia artezyjska, wodociągi, kanalizacya. W zakładzie zdrojowym hotel, restauracya, czytelnia, bilard. Wille, pensyonaty. Teatr, orkiestra, reuniony, koncerty, wycieczki. Kościół, poczta, telegraf, apteka. Lekarz zakładowy Dr KRYSIŃSKI z Warszawy. Dojazd przez Prusy do Memla (Kłajpeda). Z Cesarstwa i Królestwa dla osób nieposiadających zagranicznych paszportów przez Libawę lub Prekulny. Prospekty wysyła i informacyi udziela na żądanie **ZARZĄD.**

Rok LIII. Kraków, dnia 23 maja 1914 Nr 21

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Objawy gorączkowe w przebiegu kiły

podał

Dr Jan Papée.

Znaną jest rzeczą, że we wczesnym okresie kiły, mianowicie krótko przed wystąpieniem zmian ogólnych na powłokach skórnych i błonach śluzowych, stwierdzamy u niektórych chorych stan gorączkowy, t. zw. gorączkę erupcyjną. Jako objaw, poprzedzający zmiany ogólne, pojawia się ona w 6—8 tygodni po ukazaniu się zmiany pierwotnej, trwać zwykła kilka dni (2—5), a ustępuje z pojawieniem się wysypki. Ciepłota waha się między 37·5 a 38·5, może jednak przekraczać te granice, dochodząc i do 40° C (Güntz); gorączce tej towarzyszą niekiedy objawy ogólne w postaci mniejszego lub większego osłabienia, bolów i łamania w mięśniach i kościach, dreszczów. Tor gorączki bywa rozmaity, już to zwalniający ze znacznymi spadkami rannymi a wzniesieniami wieczornemi (lub odwrotnie) (Janovsky), już to ma ona charakter gorączki przerywanej lub stałej (Fournier, Jordan). Co do częstości tej gorączki, to, opierając się na własnych spostrzeżeniach, nie zaliczałbym jej do objawów bardzo częstych; niektórzy jednak autorowie podają dość znaczny stosunek do ogólnej liczby chorych kiłowych. Tak n. p. Güntz określa go na 20%, Janovsky na 23·5%, a Jordan nawet na 37·5%.

Jeżeli do tej postaci gorączki zaliczymy ściśle stany gorączkowe, nie wywołane zmianami wtórnemi, jak n. p. sprawą ropną w skórze, stanem zapalnym gruczołów, powikłaniami ze strony narządów wewnętrznych, możemy wtedy mówić o gorączce swoistej, powstałej wskutek zakażenia kiłowego, a mianowicie uogólnienia się krętka bladego w ustroju.

Że przypadki takie, zwłaszcza, jeżeli dotyczą chorych, u których ciepłota jest wysoką, a stan gorączkowy trwa dłużej, mogą sprawiać pewne trudności rozpoznawcze, świadczą o tem podane w piśmiennictwie spostrzeżenia, w których rozpoznawano zrazu dur brzuszny, grypę lub gruźlicę (Poirier, Albanus, Scalese, Rolleston).

W późniejszym przebiegu kiły, w okresie jej utajenia lub w okresie trzeciorzędnym, może się również pojawiać swoista gorączka kiłowa, jako objaw, towarzyszący zmianom w narządach wewnętrznych, lub analogicznie do gorączki w okresie wczesnym, jako objaw zakażenia dawnego, odnawiającego się w swem nasileniu wskutek żywotności krętków lub ich produktów, odzyskanej pod wpływem nieznanych nam bliżej czynników.

Przypadki tego rodzaju, jak się okazuje z piśmiennictwa, są ciekawsze pod względem klinicznym, a trudniejsze pod rozpoznawczym. Często bowiem u takich chorych najgłówniejszym objawem chorobowym jest stan gorączkowy, z przebiegiem przewlekłym, o typie bardzo niejednostajnym, dla którego nie znajdujemy wyjaśnienia w stwierdzanych objawach klinicznych, pozostających nadto w niestosunku do wysokiej niekiedy ciepłoty; albo też gorączka występuje wśród objawów ogólnych, właściwych zakażeniom w ogóle, bez ścisłej lokalizacyi obrazu chorobowego. Zmiany zaś kiłowe w narządach wewnętrznych nie zawsze są tak charakterystyczne, aby je łatwo można rozpoznać, zwłaszcza, jeżeli nie spotykamy zewnętrznych śladów po zmianach dawniej przebytych lub świeżych zmian, kiłę cechujących, a wynik badania krwi pozostawia nas nadal w niepewności. Utrudnia jeszcze sprawę ta okoliczność, że przekonanie co do możliwości swoistej gorączki kiłowej w okresie późniejszym nie jest ściśle ustalone, wreszcie i to, że przypadki te dotyczą najczęściej chorych, którzy już dawno kiłę przebyli, w wywiadach o niej nie wspominają, często w tem przekonaniu, że dawno przebyta choroba jest już zupełnie wyleczona.

Z tych wszystkich przyczyn zdarzało się, jak z piśmiennictwa w tej sprawie można się przekonać, że u chorych takich rozpoznawano gruźlicę, zimnicę, zmiany nieżytowe w płucach, jelitach, dur brzuszny, dopiero zastosowanie leczenia »ex juvantibus« wprowadzało rozpoznanie na tor właściwy, a usuwając przyczynę, usuwało tem samem stan gorączkowy.

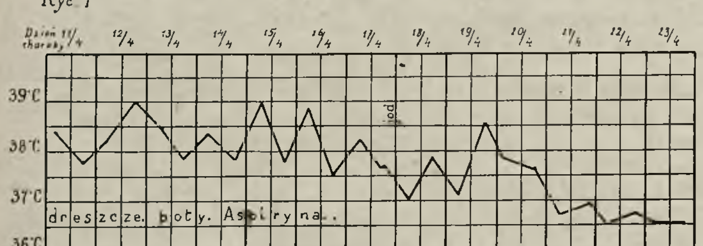
W ostatnich czasach miałem w leczeniu trzy przypadki, w których stan gorączkowy spowodowany był jedynie kiłą jako taką, a historye ich choroby pokrótce przytaczam:

1. K. L. 23. III. 1910. Zmiana pierwotna w rowku zażołędnym trwa od 2 tygodni; gruczoły pachwinowe wybitnie powiększone, twarde. Coitus suspectus 27. II. Dnia 14. IV ogólne osłabienie, dreszcze popołudniowe, ciepłota zrana 37·4, popołud. 38° C. — Zmian w narządach wewnętrznych niema. Stan ten utrzymuje się przez dwa tygodnie, poczem z pojawieniem się odosobnionych guzków na skórze ciepłota spada do poziomu prawidłowego. Guzki zwolna występują coraz gęściej, tak że dopiero 10. V. mo-

żna mówić o wyraźnej, rozległej wysypce guzkowej, ciepłota podwyższa się ponownie do 37·8, poty; po rozpoczęciu wcierań wraca do poziomu prawidłowego. 1. I. 1911, po dwukrotnem poprzednio zastosowaniu wcierań, zgłasza się chory z powodu łamań w ramieniu i podwyższeń wieczornych ciepłoty (37·5), które ustępują po wewnętrznem zastosowaniu jodu. W marcu i maju 1911 bole głowy, dreszcze, poty nocne, ogólne osłabienie, ciepłota popołudniu i wieczór do 40° C, równocześnie kłykciny sączące w rowku zażołędnym i na skórze prącia; gorączka znika pierwszy raz po jodzie, drugi raz po wcieraniach (XX). To samo powtarza się w grudniu 1911, w kwietniu i wrześniu 1912, z tą odmianą, że obok wspomnianych objawów ogólnych i gorączki występują jużto bole międzyżebrowe, bole dotykowe na mostku (okostna) lub łamiące w ramieniu, już też dotkliwa bolesność przy ucisku kłykci uda prawego. Za każdym razem gorączka ma tor przerywany, dochodząc popołudniu i wieczorem do 38·5°, zrana ustępując; towarzyszy jej ogólne osłabienie, dreszcze i poty w nocy; ustępuje całkowicie po zastosowaniu jodu lub rtęci, chinina nie wywiera na nią wpływu. Z wyjątkiem dwu pierwszych napadów gorączkowych, późniejszym nie towarzyszą kiłowe zmiany wtórne, badanie nie wykazuje zmian w narządach wewnętrznych, a prócz opisanych, chory nie uskarża się na inne przypadłości, nie kaszle.

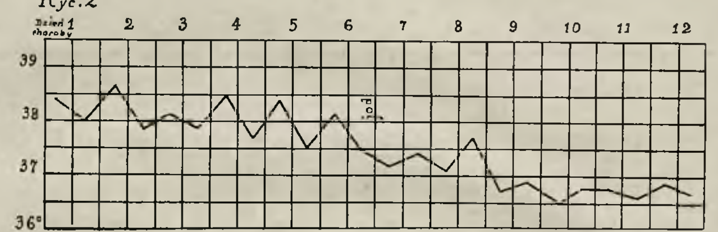
2. W drugim przypadku stan gorączkowy wystąpił w 3 lata po zakażeniu. W. W.; zmiana pierwotna w sierpniu 1910 roku, wysypka plamista we wrześniu, wcierania. W ciągu następnych dwu lat z powodu nawrotów trzykrotnie wcierania po XXV à 3 gr, ostatnie w styczniu 1913. (Odczyn Wassermanna z początkiem stycznia + +). Z początkiem kwietnia uskarża się chory na dreszcze, osłabienie, lekką bolesność na mostku; ciepłota do 38°, zmian kiłowych niema żadnych. Przywołany na naradę internista rozpoznaje grypę. Jednak zastosowanie aspiryny bez wpływu, przeciwnie, gorączka się wzmaga, podwyższenia dochodzą do 39°, tor nieregularny (remisye wieczorne, wzniesienia ranne) i stan taki trwa 10 dni. Wówczas postanowiłem podać jod, a stwierdziwszy wynik korzystny, zaleciłem po kilku dniach wcierania, mimo, że odczyn Wassermanna, wykonany w d. 28. IV., dał wynik ujemny. Przebieg gorączki i wpływ jodu charakteryzuje dołączona krzywa (ryc. 1).

Ryc. 1



3. Trzeci przypadek odnosi się do chorego, który przebył kiłę przed laty 16. Przebieg był łagodny, leczenie wcieraniami zostało dokładnie przeprowadzone i kilka razy powtórzone. Chorego tego widywałem później w rozmaitych odstępach czasu, nie stwierdzając u niego żadnych zmian po przebytej chorobie. Po kilku latach chory się ożenił, ma dwoje zdrowych dzieci. W międzyczasie przebył zapalenie stawów, po którem pozostała wada zastawkowa, wyrównana i choremu nie sprawiająca żadnych dolegliwości. W maju 1913 zgłosił się chory do mnie z powodu długotrwałego kaszlu, chrypki i gorączki, który to stan mimo leczenia nie ustępuje. Dokładniejsze badanie wykazało następujący stan sprawy: W listopadzie r. z. dostał chory po raz pierwszy dreszczów i gorączki, stan ten trwał 3 tygodnie, towarzyszyły mu nerwobole nad prawym oczodołem i potylicą, chinina nie wywołała poprawy, gorączka ustąpiła dopiero po wewnętrznem zastosowaniu arszeniku. Drugi raz wystąpił stan gorączkowy z początkiem stycznia 1913, teraz już bez wspomnianych bolów, natomiast z kaszlem, trwał 5 dni i ustąpił po arszeniku. Trzeci raz gorączka z kaszlem w lutym, ustąpiła po kilkudniowem leczeniu, kaszel natomiast trwał przez 3 tygodnie. Z początkiem kwietnia wystąpiła znów gorączka, kaszel i chrypka, i te objawy utrzymują się aż do przybycia do mnie w d. 2 maja. Wspólne badanie z internistą w tym dniu wykazuje tylko suche zmiany nieżytowe w oskrzelach, wątroba i śledziona nie powiększone, mocz bez białka; prócz tego stwierdza się lekką sinicę twarzy, nieznaczną bolesność przy dotykaniu dolnego łuku żebrowego po stronie prawej, mierną chrypkę. Ciepłota w chwili badania 38° C; stan jej z kilku dni poprzednich, według zapisków chorego, podaje krzywa (ryc. 2).

Ryc. 2



Zmian kiłowych zewnętrznie się nie stwierdza; podmiotowo ciągłe podrażnienie do suchego, męczącego kaszlu, powodującego bezsenne noce; badanie promieniami Roentgena sprawy nie wyjaśnia, odczyn Wassermanna ujemny. Po naradzie z internistą zastosowaliśmy jod wewnętrznie w małej dawce (4:200), polecając choremu, by zgłosił się po 2 tygodniach i zapisywał ciepłotę. Zgłasza się on 16. V., podając, że czuje się silniejszym, gdyż wobec znacznie zmniejszonego kaszlu miewa noce spokojne, chrypka nieznaczna, ciepłota prawidłowa. Załączona krzywa (ryc. 2) wskazuje spadek jej powolny, ale stały, od dnia, w którym chory zaczął zażywać jod. Wobec tego stanu zaleciliśmy jod w dawce podwojonej (10:200), a z początkiem czerwca stwierdziliśmy zupełnie dobry stan u chorego; kaszel ustąpił bez śladu, jakkolwiek suchy nieżyt oskrzeli jeszcze się utrzymuje; zastosowanie 15 wcierań zakończyło leczenie.

Rozważając krytycznie te trzy przypadki, widzimy, że w każdym z nich na pierwszy plan choroby występował stan gorączkowy z dreszczami i potami, przy stosunkowo względnie dobrym stanie ogólnym. Badanie narządów wewnętrznych nie wyjaśniało należycie gorączki, jużto bowiem stwierdzone zmiany nie pozostawały w żadnym stosunku do wysokości gorączki, już też objawy choroby nie były ściśle umiejscowione, tak że nasuwały raczej na myśl zakażenie ogólne.

W przypadku pierwszym obraz choroby zbliżał się najwięcej do zimnicy, w drugim rozpoznawano grypę, w trzecim zaś, kierując się głównymi objawami, t. j. kąszlem i nieżytem, można było szukać powodu w oskrzelach lub płucach, przypuszczać gruźlicę. Tor gorączki rozmaity, w pierwszym przypadku przerywany, w drugim i trzecim stały, ale o charakterze odwrotnym ze spadkami wieczornymi. We wszystkich trzech korzystny i odrazu widoczny wpływ leczenia swoistego dowodzi, że chodziło o swoistą gorączkę kiłową. Co do czasu jej wystąpienia, to w pierwszym przypadku pojawiała się ona kilka razy w ciągu pierwszych dwu lat po zakażeniu, w drugim po 3, a w trzecim w 16 lat po zakażeniu, przyczem w ostatnich dwu przypadkach w czasie występowania gorączki nie było żadnych widocznych zmian kiłowych. Odczyn Wassermanna był u obu ostatnich chorych ujemny, czego nie uważałem za szczegół rozstrzygający, wiadomo bowiem, że ten wynik ujemny

nie jest oczywistym dowodem przeciw. Być może zresztą, że w drugim przypadku powodem tego były przeprowadzone przed 3 miesiącami wcierania, w trzecim zaś wykonano badanie krwi już po użyciu 10 gramów jodu.

Wiadomości o swoistej gorączce, pojawiającej się w późniejszym przebiegu kiły, są w piśmiennictwie lekarskiem dość liczne. Jednym z pierwszych, który zwrócił uwagę na związek gorączki z przebytą kiłą, był Bozzolo w r. 1903, a odróżniając ją ściśle od gorączki erupcyjnej w okresie początkowym, wspomina on o nieregularnym torze gorączki i zupełnem niedziałaniu chininy, a ustępowaniu gorączki po jodzie. W jednym przypadku, opisanym przez Futchera, gorączka o torze zwalniającym trwała 5 tygodni; rozpoznawano dur brzuszny, dopiero przypadkowe stwierdzenie typowych zgrubień na końcach mostkowych obojczyków skłoniło do zastosowania jodu, po którym gorączka ustąpiła. W drugim przypadku gorączka, występująca napadowo z dreszczami, pojawiła się w 29 lat po zakażeniu. Białokur podaje przypadek, w którym chory przez lat 15 miewał okresowe napady gorączki, nie dającej się wyjaśnić, a przebiegającej z dreszczami i potami. Rozpoznanie wahało się między gorączką a zimnicą, leczenie jednak w jednym i drugim kierunku było bez skutku, w końcu chory był bez rozpoznania. Dopiero po dodatnim wyniku badania krwi zastosowany jodek potasu na stałe usunął gorączkę. W jednym z dwu przypadków, podanych przez Scheglmanna, chory gorączkować począł w 27. r. życia, co trwało $2^1/_2$ miesiąca; w 30 r. życia ponownie stan gorączkowy (do 40^0) z kaszlem, bolami głowy, potami nocnymi; stwierdzono tylko szmery oskrzelowe, a wobec braku innych zmian rozpoznano gruźlicę. Mimo właściwego leczenia, stan się pogorszył, pojawiły się wymioty, znaczny upadek sił. Przy badaniu jamy nosowej stwierdzono w lewym otworze wrzód, pokryty strupem; to skłoniło autora do przypuszczenia, że chodzi tu o zmiany kiłowe, ze względu jednak na ciężki stan chorego zastosowano jod w dawce bardzo ostrożnej. Leczenie to wywołało poprawę stanu ogólnego, oczyszczenie się zmian w nosie, ustanie wymiotów, na stan ciepłoty jednak nie wpłynęło. Dopiero zdwojona dawka jodu i następnie wcierania zaczęły zmniejszać gorączkę, ustąpiła zaś ona zupełnie po użyciu salwarsanu.

Szereg podobnych spostrzeżeń, w których brak wyraźnych objawów ze strony narządów wewnętrznych nie wyjaśniał przyczyny gorączki, przebiegającej nieregularnie, a ustępującej dopiero po swoistem leczeniu — opisują Siebert, Carducci, Weber, Glaser, Jordan, Verroti, Imhof-Bion. Inni podkreślają jako objaw dość często spotykany bole gośćcowe w łopatkach, na mostku (Neumann), bole w stawach (Kayser, Weber), bole łamiące wogóle w kościach (Mekenna) bez charakterystycznych jednak nacieków lub zgrubień okostnej.

Obok tych przypadków gorączki kiłowej, któreby można określić mianem przypadków bez ścisłego umiejscowienia, wiadomo, że zmiany kiłowe wątroby mogą przebiegać z gorączką. Zwrócił na to uwagę Klemperer, a zaznaczając, że objawy ze strony wątroby mogą być bardzo nieznaczne, jako anatomiczną podstawę gorączki przyjmował wrzodziejące kilaki wątroby. Gluziński w Towarzystwie lekarskiem lwowskiem przedstawił kilka przypadków kiły wątroby, przebiegającej z podwyższeniami ciepłoty do 37·7, z powiększeniem wątroby i śledziony, wyleczonych jodkiem potasu i wcieraniami. Według Gluzińskiego najczęstszą postacią zmian u dzieci w kile nabytej jest śródmiąższowe rozlane zapalenie wątroby, charakteryzujące się dużą wątrobą i śledzioną, nie zaś wątroba kilakowa. Zdaniem jego często zmiany kiłowe usadawiają się w ścianach żyły wrotnej, jako zapalenie kiłowe około żyły wrotnej lub na otrzewnej, jako zapalenie torebki wątrobowej pochodzenia kiłowego, w pierwszym przypadku wywołując puchlinę brzuszną, w drugim zrosty, które mogą zaciskać więzadło wątrobno-dwunastnicze i następnie być powodem żółtaczki. Tłómaczenie to wyjaśnia, dlaczego nie we wszystkich spostrzeżeniach kiły wątroby stwierdzano obecność żółtaczki. Pojawienie się gorączki kiłowej pochodzenia wątrobowego potwierdzają w dalszym ciągu spostrzeżenia licznych autorów, jak Dammert, Geronne, Huber, Mannaberg, Pariser, Rencki, Reye, Sobernholm, Treumann, Weber. Autorowie ci zgadzają się, że objawy kliniczne kiły wątroby bardzo często są mało odrębne, a charakteryzuje je długotrwający stan gorączkowy, o torze przerywanym lub odwrotnym, nieznaczne powiększenie i bolesność wątroby i śledziony, puchlina brzuszna, niekiedy żółtaczka. Objawy bywają czasem bardzo niejasne, tak że w wielu z tych przypadków rozpoznawano początkowo gruźlicę lub zimnicę.

Jak zaś trudne mogą być rozpoznania kiły wątroby, świadczą o tem przypadki Ewalda, Riedla i Staudera, w których dopiero »autopsia in vivo« stwierdziła zmiany kilakowe, badaniu klinicznemu niedostępne. W przypadku, opisanym przez Renckiego, wykonano zabieg operacyjny, przypuszczając złośliwy nowotwór nerki, poczem autor, uwzględniwszy przebieg choroby, ujemny wynik badania co do prątków Kocha, szczepień w kierunku gruźlicy, nabrał przekonania, że chodzi o sprawę kiłową wątroby.

W dwu przypadkach Kirchheima, zakończonych zejściem śmiertelnem, sekcya stwierdziła rozpadające się kilaki, wychodzące ze szczytu wątroby, które przeszły na przeponę i opłucnę, wywołując w jednym zapalenie płuc, w drugim przedziurawienie przepony i wytworzenie ropnia opłucnego; stan gorączkowy przypisywał Kirchheim w tych przypadkach zakażeniu wtórnemu.

Co do wytłómaczenia przyczyny swoistej gorączki w późnych okresach kiły, zdania są rozmaite. Bäumler n. p. uważał ją jako resorbcyjną i przyjmował obecność produktów toksycznych, wywołujących gorączkę. Klemperer przypisuje gorączkę przy kile wątroby wessaniu zmartwiałej tkanki (rozpadające się kilaki), Ceconi upatruje w niej wyraz swoistego zakażenia krwi, zależnego od żywotności zarazka, przyczem odgrywa rolę zdolność tkanki do bujania sklerogenetycznego, z czego wynika mniejsza lub większa dążność do szerzenia się sprawy zapalnej i zależnie od tego zdolność wchłaniania wytworzonego materyału toksycznego. Do tego zapatrywania, że chodzi tu o zakażenie, przyłączają się i inni (Newman, Białokur).

W okresie wczesnym (gorączka erupcyjna) bezpośrednim powodem jest niewątpliwie sam krętek blady, a przypuszczać można, że i w późniejszym przebiegu on sam, względnie jego produkta, mogą wywołać również stan gorączkowy pod wpływem bliżej nieznanych przyczyn, żywotność jego wzmacniających. Przemawia za tem okoliczność, że obecność krętka stwierdzono już we wszystkich okre-

sach kiły, klinicznie zaś pewne analogie co do toru gorączki, całego obrazu chorobowego o charakterze, podobnym do zakażeń, a wreszcie skuteczność leczenia.

Co do wytłómaczenia faktu, dlaczego zarazek wywołuje stan gorączkowy tylko u niektórych chorych, zdani jesteśmy na przypuszczenie, że odgrywają tu rolę: 1) żywotność samego zarazka i 2) odporność ustroju. Do tego zapatrywania przychyla się większość autorów; Imhof-Bion, opierając się na swoich i innych spostrzeżeniach, twierdzi, że kiła, nabyta w strefie gorącej, miewa przebieg o wiele cięższy, a jednym z objawów tej ciężkości przebiegu jest stan gorączkowy, u tych chorych spotykany.

Na podstawie własnych i obcych spostrzeżeń mogę więc w streszczeniu powiedzieć, że:

1) W przebiegu kiły drugorzędnej i późnej może występować swoista gorączka kiłowa.

2) Gorączka ta może być wyrazem albo zmian w narządach wewnętrznych (najczęściej w wątrobie, płucach), albo też objawem zakażenia bez ustalonej siedziby zmian

3) Wskutek tego jedną z cech charakterystycznych tej gorączki jest często brak wyraźnych zmian przedmiotowych i obraz chorobowy, spotykany przy zakażeniach, dalszą zaś jej cechą jest niejednostajny tor gorączki (przerywany, stały z odwrotnemi zwolnieniami), okresowe jej występowanie i długie trwanie.

4) Bezpośrednią przyczyną tej gorączki jest najprawdopodobniej sam krętek blady, względnie jego toksyny; żywotność krętka odnawia się w okresie późnym pod wpływem nieznanych bliżej czynników.

5) Pod względem rozpoznawczym stany te łatwo pomieszać z innemi zakażeniami (gruźlica, zimnica, dur brzuszny).

6) Pod względem leczniczym gorączka ustępuje rychło po zastosowaniu swoistego leczenia przeciwkiłowego (jod, rtęć, salwarsan).

Piśmiennictwo. 1) Albanus: Über syphilitisches Fieber. Ref. Münch. med. Wochenschrift 1908, 27. — 2) Białokur: Zur Frage des Fiebers in späten Syphilisstadien. Wien. klin. Wochenschr. 1912, 40. — 3) Bozzolo: Uber Fieber verborgenen Ursprungs. Münch. med. Wochen. 1904, 13 i 51. — 4) Carducci: Über schwer zu erklärend. Fieber. M. med. Woch. 1905, 15. — 5) Ceconi. Syphilit. Fieber. Ref. Monatsheft für pr. Dermatol. 1908, I. 616. — 6) Dammert: Über intermittierendes Fieber bei tertiärer visceraler, (speziell Leber-) Syphilis. D. mediz. Woch. 1908, II. — 7) Futcher: Syphilitic Fever. Ref. Archiv. f. D. u. S. 1902, T. 59. — 8) Fournier: Fievre syphil. Ref. Ann. dermat. 1889, X. — 9) Geronne: Beitrag zur Frage des syphil. Leberfiebers. Ref. Monatsheft für pr. Dermatol. 1907, 45, 116. — 10) Glaser: Syphilis und Fieber. Berl. kl. Woch. 1913, 26. — 11) Gluziński: Kilka słów o kile wątroby. Lwowski Tyg. lek. 1911, 50. — 12) Gottschalk: Über einen Fall von luet. Fieber. Med. Klin. 1910, 42. — 13) Güntz: Das syphil. Fieber, Leipzig 1873. — 14) Huber: Luetische Leberfieber. Ref. Dermat. Zeitschr. T. 19. — 15) Imhof Bion: Uber Fiebererschein. in den Spätstadien der Syphil. Med. Klin. 1909, 21. — 16) Jordan: Über das syphil. Fieber, Arch. f. D. u. S. 1911, T. 108, 7, 3. — 17) Kayser: Über tertiärsyphil. Fieber. Ref. Monatsh. f. pr. D. 1905, T. 40. — 18) Kirchheim: Klin. Verlauf und pathol. anat. Befund bei 2 Fällen von tertiärer fieberhafter Lues. D. med. Woch. 1911, 4. — 19) Klemperer: über Fieber bei Syph. der Leber, Zeitsch. f. klin. Med. T. 55. — 20) Mannaberg: Über intermitt. Fieber bei viscer. Syph. Ref. Monatsh. f. pr. Dem. 1907. — 21) Mekenna: Syphil. Fieber Ref. Monatsh. f. pr. Derm. 1906, T. 43. — 22) Newman: Syphil. Fieber. Ref. Monatsh. f. pr. Derm. 1908, I. 47. — 23) Pariser: Zwei Fälle von Leberlues mit langdauer. Fieber D. med. W. 1908, II. — 24) Rencki: Lwowski Tyg lek. 666, r. 1911. — 25) Reye: Ein Beitrag zur Frage der fieberh. luet. Leberschwellung Therapie der Gegenw. 8, 1905. — 26) Rolleston: Über 2 Fälle von Syph. welche Abdominaltyphus vortaüschten. Ref. Mnsh. f. p. Derm. 1907, 45. — 27) Poirier: Ein Fall von syph. Fieber. Verhandl. der Soc. belge de dermat. 1903 — 28) Scalese: Ein Fall von syph. Fieber nach Ileotyphus. Ref. Monatsh. T. 39. — 29) Scheglman: Uber 2. Fälle von hartnäckig. Fieber bei tertiärer Syph. D. med. Woch. 1911, 26. — 30) Siebert: Fieber im Spätstadium der Syph. Ref. Monatsh. f. pr. Derm. 1908, 46. — 31) Sobernheim: Ein Beitrag zur Kenntniss der fieberh. tertiärsyph. Erkrankungen. Ref. Monatsh. f. pr. Derm. 1906, 43. — 32) Treumann: Ein Fall von luet. Fieber. Ref. Münch. med. W. 1907, 1, 963. — 33) Verroti: Uber einige Fälle von spätem Auftreten des syph. Fiebers etc. Ref. Monatsh. f. pr. Derm. T. 48, 1909. — 34) Weber: Über Fieber bei tertiärer Syphil. etc. Ref. Monatsh. f. pr. Derm. 1907 T. 45.

Z kazuistyki szpitala im. Karola i Maryi dla dzieci w Warszawie.

Z oddziału chorób wewnętrznych Dra J. Brudzińskiego, lekarza naczelnego szpitala.

Przypadek ostrego zapalenia błoniczego płuc u dziecka

podała

Dr Halina Przedpełska

asystentka intern.

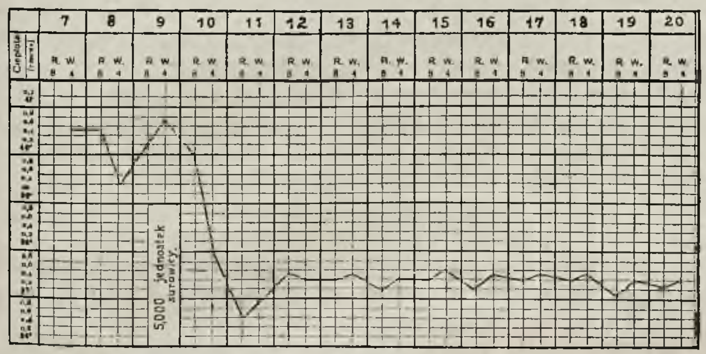
W dniu 5. XII. 1913 r. do szpitala im. Karola i Maryi przysłano z przypuszczeniem duru brzusznego Wierę S., w wieku 2 lata 10 m., chorą od 7 dni. Stolce dziecko miało początkowo zaparte, następnie wolne. Na cztery dni przed oddaniem do szpitala dziecko płakało przy połykaniu (ból gardła), w 2 dni potem wystąpił kaszel.

Rozwój dziecka odbywał się prawidłowo; prócz odry żadnych innych chorób nie przechodziło.

W chwili przyjęcia dziecko sprawiało wrażenie ciężko chorego; blade, oddychało z trudnością, gra skrzydeł nosa wybitnie zaznaczona, przytomność zachowana. Ciepłota 40·5°, kościec nosił ślady przebytej krzywicy, gruczoły chłonne nie powiększone. Układ nerwowy, narządy wzroku i słuchu bez zmian chorobowych. Gardło nie zaczerwienione, nos drożny. Granice serca nie powiększone, tony serca prawidłowe. W płucach rozsiane furczenia. Z przodu z prawej strony pod obojczykiem stłumienie, z tyłu stłumienie dochodzi do kąta łopatki, oddech oskrzelowy z wyraźnemi trzeszczeniami po kaszlu. Brzuch wzdęty, w prawym dole biodrowym przelewanie. Wątroba i śledziona niemacalne. Próba aglutynacyjna z zarazkami grupy prątków duru i okrężnicy ujemna. Dziecko z oddziału chorób jelit, gdzie było umieszczone w celce (boksie), przeniesiono na salę chorób wewnętrznych i oddzielono od sąsiadów szklanymi parawanami.

Na trzeci dzień po przyjęciu badanie wydzieliny z jamy nosowo-gardłowej (kontrola co do roznosicieli zarazków) w preparatach z posiewów wykazało dużą ilość prątków Löfflera. Przy ponownem oglądaniu jamy ustnej stwierdzono, że gardło nie jest zaczerwienione, dopiero przy odchylaniu się języczka (uvula) podczas krzyku zauważono na tylnej ścianie gardła biały, gruby nalot. Dziecko przeniesiono do celki (boksu) na tejże sali, gdzie pozostawało aż do wypuszczenia ze szpitala. Żadnego zakażenia błonicą z tego źródła na sali nie stwierdzono. Tegoż dnia 7. XII. wstrzyknięto dziecku 5.000 jednostek surowicy przeciwbłoniczej przy ciepłocie 40·7°. Nazajutrz ciepłota rano 40°, popołudniu o godz. 4. — 38°, stłumienie prawostronne, dochodzące do połowy łopatki, pod prawą pachą dużo trzeszczeń, oddech źle słyszalny; prócz nalotu na języczku na prawym migdałku mgiełkowaty nalocik.

Stan ogólny lepszy, dziecko rozgląda się, chce siadać. Stolce wolne, cuchnące; nieznaczna sztywność karku i kończyn dolnych. Objawu »karkowego« i »drugostronnego« (Brudziński) niema. 9. XII. ciepłota 36·6⁰ (p. krzywa ciepłoty). Stłumienie z tyłu ustąpiło, osłuchowo oddech oskrzelowy mniej wyraźny, obfite rzężenia. Dziecko oddycha lepiej, dużo kaszle.



Krztusząc się dość silnie, wykaszlało gęsty zlepek ropny, wielkości dużej fasoli; w preparatach, barwionych metodą Neissera, wykryto dużą ilość *prątków Löfflera*. Nalot na języczku zmniejsza się, po brzegach jeszcze gruby, w środku pozostała tylko opalescencya. Na brzegach łuków, na tylnej ścianie gardła i języczka powierzchowna zgorzel nabłonka, po zdjęciu obfitych obłożeń miejsca te krwawią. Próba aglutynacyjna z dwoinkami zapalenia płuc ujemna. Następnych dni ciepłota prawidłowa; rzężenia w płucach po 2 dniach znikły. Dziecko chętnie spożywa pokarmy stałe, płynne odsuwa, gdyż krztusi się przy piciu. Stolce stałe.

W kątach ust zajady. Zastosowano miejscowe smarowanie gardła i kątów ust surowicą przeciwbłoniczą; szybka poprawa. Dziecko opuściło szpital w stanie dobrym po 15 dniach pobytu. Posiewy, robione na kilka dni przed wyjściem ze szpitala, dały obfite prątki Löfflera. W preparatach z moczu, zebranego jałowo, prątków Löfflera nie wykryto.

Uwzględniając wyniki badania bakteryologicznego i niezwykle szybkie ustąpienie uporczywie trwających objawów ze strony płuc i ogólną poprawę, jaka nastąpiła po zastosowaniu surowicy, przypuszczać możemy, że cała sprawa spowodowana była przez czynniki swoiste, t. j. przez laseczniki Löfflera. Przypuszczenie nasze znajduje poparcie w fakcie stwierdzenia laseczników błoniczych w wykrztuszonym zlepku plwociny.

Z piśmiennictwa przytoczyć wypada przypadek, podany przez A. Schmidta [1]), przewlekłej błoniczej sprawy płucnej u 62-letniej kobiety. W plwocinie stale od 10 lat czysta hodowla laseczników Löfflera. O. David [2]) opisuje ostre pierwotne zapalenie płuc błonicze u 9-letniego chłopca. Klinicznie stwierdzono stłumienie lewostronne z oddechem oskrzelowym i wzmożonem przewodnictwem głosowem. W 2 tygodnie od początku zachorowania wystąpiła silna duszność; dokonano tracheotomii, po której następnego dnia dziecko zmarło. Badanie bakteryologiczne wykazało w płucach bardzo dużą ilość laseczników Löfflera. Poza tem stwierdzano laseczniki Löfflera w skrawkach histologicznych płuc dzieci, zmarłych na błonicę. Kutscher [3]) n p. w 8 na 9 badanych płuc stwierdził w ogniskach zapalnych obecność laseczników błoniczych. Obok laseczników błoniczych stwierdzał i inne drobnoustroje, w hodowlach otrzymywał przeważnie laseczniki błonicze.

W naszym przypadku nietypowe i trudno dostępne dla badania usadowienie nalotu zaciemniało obraz chorobowy i dopiero dodatni wynik badania co do roznosicieli zarazków umożliwił wcześniejsze dojście do właściwego rozpoznania.

[1]) Schmidt: Chronische diphtherische Infektion der Lungen. Münch. med. Woch. Nr 1, 1913.

[2]) O. David: Akute primäre diphtherische Lungenentzündung. Münch. med. Woch. Nr 42, 1913.

[3]) Kutscher: Der Nachweis der Diphtheriebacillen in den Lungen mehrerer an Diphtherie verstorbenen Kinder durch gefärbte Schnittpräparate. Zeitschr. f. Hygiene u. Infektionskrankheiten. T. 18, 1894.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Ahaszidze. **Przyczynek do kazuistyki schorzeń stawów kolanowego i biodrowego w związku ze schorzeniami trzew brzusznych**. (Wraczebnaja Gazeta 1914, Nr 3). Związek pomiędzy schorzeniami stawów kończyn dolnych a schorzeniami narządów jamy brzusznej i miednicy został podniesiony przez prof. Łapińskiego w zeszłym roku, w której to sprawie Łapiński występował po dwakroć w Tow. fizyko-lekarskiem kijowskiem i w prasie lekarskiej (Russkij Wracz). Przypadek, opisany przez Ahaszidze, dotyczy 23-letniego epileptyka, u którego jednocześnie wystąpiły objawy zapalenia stawów biodrowego i kolanowego lewej nogi i zapalenie otrzewnej pętli esowatej (perisigmoiditis). Leczenie salicylem nie dało wyników, natomiast leczenie, skierowane przeciwko sprawie w otrzewnej, doprowadziło do wyników pożądanych, tak co do pętli esowatej, jak i co do zajętych sprawą chorobową stawów. Z. Gilewicz.

Pierewozczikow. **O wpływie środków obniżających ciepłotę na fagocytozę i opsoniny.** (Wraczebnaja Gazeta Nr 4, 1914). Badania autora, przeprowadzone na królikach, wykazały, iż chinina w małych i średnich dawkach wzmaga fagocytozę, natomiast duże dawki chininy obniżają fagocytozę do 73% pierwotnej jej wysokości. Antypiryna obniża fagocytozę leukocytów, stosowana w małych i dużych dawkach; średnie jej dawki wzmagają fagocytozę. Piramidon działa na fagocytozę leukocytów tylko stosowany w średnich dawkach, wzmagając ją dopiero po 24 godzinach. Salicylan sodowy w małych dawkach najpierw obniża fagocytozę, potem ją wybitnie wzmaga. Duże dawki salicylanu sodowego obniżają silnie fagocytozę.

Z. Gilewicz.

Prof. *Straus*. **Nowe poglądy na patologię i leczenie zapalenia nerek.** (Zeitschr. f. ärzt. Fort. Nr 2, 1914). Nie każdy białkomocz jest następstwem zapalenia nerek; nie każde zapalenie nerek jest połączone z białkomoczem. Białkomoczom bez zapalenia nerek możemy przeciwstawić zapalenie nerek białkomoczowe. Białkomocze bez zapalenia są wynikiem bodźców mechanicznych, cyrkulacyjnych i toksycznych. Są to t. zw. »białkomocze urazowe«, powstające wskutek obmacywania nerek, forsownych marszów, sportu, zimnych kąpieli; te białkomocze są przejściowe i w nerkach żadnych śladów nie zostawiają. Podobny rodzaj białkomoczu wywołuje chloroform, rtęć i inne środki toksyczne, choroby zakaźne, ciąża. Wszystkie białkomocze tego rodzaju mają to wspólne, że znikają, skoro tylko przyczyna je wywołująca przestaje działać. Tym białkomoczom towarzyszyć może obecność wałeczków w moczu, ale to już dowodzi zmniejszenia się siły odpornej nerek. Dlatego też

rozróżniamy zupełnie i mniej odporne nerki (vollwertige und minderwertige Niere). Ta zmniejszona odporność nerek bywa nietylko wrodzoną, ale i nabytą wskutek przebytych chorób nerek. Anatomia patologiczna rozróżnia zapalenia kłębkowe »nephritis glomerularis«, względnie »vascularis« i zapalenia cewkowe »nephritis tubularis«, względnie »epithelialis«. Ten ostatni rodzaj nazywa Müller nefrozą, gdyż chodzi tu o zwyrodnienie, a nie o zapalenie nerek. Pewne choroby zakaźne, n. p płonica, posocznica, wywołują głównie zapalenia kłębkowe, inne zaś, jak n. p. błonica, cholera, — głównie cewkowe. Zapalenie kłębkowe jest uporczywsze i daje gorsze rokowanie, niż zapalenie cewkowe. Zapalenie miąższowe (nephritis parenchymatosa), t. j. przypadki typowej choroby Brighta, pochodzą z niewyleczonego zapalenia kłębkowego. Obrzęki wywołuje zapalenie cewkowe. Jako końcowy okres zapalenia miąższowego występuje wtórna nerka marska. Szarą nerkę marską przeciwstawiamy czerwonej nerce marskiej. Przeważającym objawem nerki marskiej jest nadmierne napięcie (hypertonia) naczyń. Długotrwała hypertonia wywołuje powiększenie serca. Są takie typy przewlekłych spraw w nerkach, przy których objawy naczyniowosercowe występują na pierwszy plan; mówimy wtedy o »nephritis hypertonica«. Tym wszystkim postaciom (nephritis haemorrhagica, hydropica, hypertonica) możemy przeciwstawić proste. Zapalenie nerek (nephritis simplex), przy którem bywa tylko długotrwały białkomocz bez żadnych składników postaciowych (wałeczków) w moczu. Poza temi formami chorób nerek istnieje wiele innych postaci, jak n. p. postać wstępująca (cystopyelonephritis), ropna przerzutowa i t. p. Wtórnej marskości nerek należy przeciwstawić pierwotną marskość nerek, która powstaje na tle toksycznem, ewentualnie na tle dyskrazyi (ołów, alkohol, cukrzyca, dna i t. d.). Czy nerki działają prawidłowo, czy też nie, najlepiej się przekonać następującemi próbami: Po podaniu $^1/_2$ g. jodku potasowego, w moczu zdrowego już po 48 godzinach wykrywamy jod. Znaczne opóźnienie w wydzielaniu się jodu świadczy o niedostatecznej czynności nabłonków nerkowych (nephritis tubularis). Próba wodna polega na tem, że badany wypija 1 litr wody; mocz badamy trzykrotnie co 2 godziny; po pierwszych 2 i 4 godzinach, o ile nerki są zdrowe, c. g. znacznie się obniża i wydzielanie moczu jest znaczne. Jeżeli mocz inaczej się zachowuje, to świadczy to o niedostatecznej czynności układu naczyniowego nerek (nephritis glomerularis). Wskaźnikiem dla czynności układu naczyniowego jest również cukier mleczny, który wstrzyknięty dożylnie w ilości 2 g., powinien się przestać wydzielać po 4 godzinach. Wskaźnikiem dla czynności nabłonków nerkowych jest sól kuchenna, która, zażyta w opłatkach w ilości 10 g., powinna po 24 godzinach, najwyżej po 48 godzinach, przestać się wydzielać. Oprócz tych prób mamy jeszcze fenolsulfoftaleinową, fluorescynową, kryoskopową. Leczenie postąpiło szczególnie na polu leczenia obrzęków, powstałych wskutek zapalenia nerek, a postąpiło nietylko leczenie dyetetyczne, lecz i leczenie farmaceutyczne. Co się tyczy dyety, to należy stosować pożywienie, zawierające mało soli. Nie należy ograniczać podawania wody w przypadkach ukrytej lub grożącej mocznicy tembardziej, że z obrzękami walczyć możemy zapomocą przetworów teobrominowych, które wywołują przekrwienie nerek, nie drażniąc przytem nabłonka; możemy je stosować nawet w ciężkich przypadkach zapalenia nerek. Ilości podawanej wody w przypadkach takich nie należy ograniczać, gdyż ułatwia ona wydalanie trujących substancyi z ustroju, jednocześnie rozcieńczając je. Zwalczając mocznicę, musimy zwracać baczną uwagę na wzmocnienie działalności serca. Przy mocznicy stosujemy upust krwi z żyły i następcze dożylne wstrzyknięcie izotonicznego rozczynu cukru gronowego, który daje lepsze wyniki, niż izotoniczny rozczyn soli kuchennej. Wywoływanie potów obecnie nie znajduje uznania. W lekkich postaciach zapalenia nerek można stosować środki przeczyszczające. Ilość podawanego białka należy ograniczyć do 56—60 gr. dziennie; rozmaite korzenie z pokarmów usunąć. Z następstw zapaleń nerkowych przedewszystkiem leczyć należy białkomocz, który wyleczymy, usunąwszy zmiany, powstałe w nerkach. W takich razach stosować powinniśmy sposoby fizyczne, leżenie w łóżku, południowy klimat jesienią, zimą i wiosną; w przypadkach przewlekłych, jak również u ozdrowieńców, należy stosować leczenie żelazem. Chirurgiczny sposób leczenia, a mianowicie obłuszczenie nerek, stosować należy w przypadkach bezmoczu z objawami mocznicy, szczególniej w stanach podostrych, mniej zaś w stanach przewlekłych. Tadeusz Kon.

Laryngologia i otyatrya.

Leczenie zapalenia opon mózgowych pochodzenia usznego. (Rozprawy oddziału otologicznego »Royal Society of Medicine« w Londynie 1913).

M i l l i g a n: Zapalenia opon mózgowych surowicze, plastyczne, włóknikowe i ropne są to tylko różne okresy w rozwoju jednej choroby. Wczas rozpoznana i umiejętnie leczona może choroba ta wyleczyć się, jak tego dowodzi wiele niezbitych przykładów. Największe znaczenie dla rozpoznania i leczenia ma jakość płynu mózgowo - rdzeniowego, uzyskanego przez nakłucie lędźwiowe. Dopóki płyn ten oddziałuje zasadowo i jest mniej lub więcej jasny, to nie nastąpiło jeszcze zakażenie bakteryjne. Zmniejszona zasadowość płynu mózgowo-rdzeniowego wskazuje już na zakażenie, a oddziaływanie kwaśne dowodzi, że zakażenie opon stało się już ropnem. Kwaśne oddziaływanie płynu mózgowo-rdzeniowego polega na tworzeniu się kwasu mlecznego w tkankach. Bakteryi w początku nie można wykryć, występują one coraz liczniej z postępem choroby. Z objawów klinicznych największe znaczenie ma zwiększenie się ciśnienia śródczaszkowego, które wskutek następowego niedokrwienia mózgu i porażenia ważnych dla życia ośrodków może bezpośrednio wywołać zejście śmiertelne. W tym okresie, w którym płyn mózgowo-rdzeniowy jeszcze oddziałuje zasadowo i działa odtleniająco w próbie miedziowej, nakłucie lędźwiowe może okazać się bardzo pożytecznem, o ile obniża wzmożone ciśnienie śródczaszkowe, zapobiega niedokrwieniu mózgu i daje przez to czas do zastosowania dalszych jeszcze zabiegów leczniczych. Dalszymi objawami wczesnymi są: obrzęk brodawki n. wzrokowego i obniżenie granicy tonu. W początku zapalenia opon częste i trwałe sączkowania zapomocą nakłucia lędźwiowego mogą doprowadzić do wyleczenia. W przypadkach zapalenia ropnego należy obok usunięcia pierwotnego ogniska zakaźnego w uchu uczynić zadość trzem wskazaniom, a mianowicie: 1) obniżać ciśnienie, 2) utrzymywać swobodne sączkowanie i 3) zwalczać toksynemię. Do wypełnienia pierwszego i drugiego wskazania nadaje się najlepiej metoda Haynesa, polegająca na otwarciu wielkiego zbiornika (cisterna magna) w pasie między móżdżkiem a rdzeniem przedłużonym. (Opis metody). Dla wskazania trzeciego stosuje się urotropinę i leczenie surowicą i szczepionką. M. leczył 47 przypadków surowiczego zapalenia opon, z których wyzdrowiało 39 i 14 przypadków zapalenia ropnego, z których wyzdrowiało 4. Z chorych leczonych metodą Haynesa żaden nie wyzdrowiał.

W e s t: Zdaniem W. najskuteczniejsze sączkowanie można osiągnąć przez przewód ucha wewnętrzny. Jeżeli chodzi tylko o sączkowanie błędnika, dla zapobieżenia rozszerzaniu się zakażenia na opony mózgowe, to wystarcza proste otwarcie błędnika przed kanałem n. twarzowego. Zupełne wycięcie błędnika byłoby zbytecznym ciężkim zabiegiem.

S i d n e y S c o t t porównuje rozwój operacyjnego leczenia zapalenia opon mózgowych z rozwojem leczenia operacyjnego przy zapaleniu otrzewnej. Tu i tam z wykształceniem wczesnego rozpoznania potrzebne operacye stają się coraz mniej ciężkiemi. Przypadki swoje leczył S. S. albo

przez sączkowanie wskroś błędnika (przypadki zapalenia opon po zapaleniu błędnika) albo przy nietkniętym błędniku przez nakłucie lędźwiowe i operacyę na wyrostku sutkowym.

Makenzie przytacza jako rozpoznawczo ważne objawy wczesne ból potylicy i rozpoczynającą się sztywność karku, których pojawienie się zawsze wzywa do nakłucia lędźwiowego i badania otrzymanego płynu. Im częściej wykonuje się w takich przypadkach nakłucie lędźwiowe, tem lepiej dla chorego. Czasem mimo obecności zapalenia opon płyn, przez nakłucie otrzymany, jest prawidłowy i właśnie wtedy sztywność karku nabiera ważnego znaczenia rozpoznawczego. M. porusza myśl, by dla zmniejszenia ciśnienia i dla sączkowania zamiast jednego wielkiego otworu wykonywać kilka otworów małych w kościach podstawy czaszki i przez nie nakłuć oponę twardą, przez co unikłoby się niebezpieczeństwa wypadnięcia mózgu.

Milligan powtarza, że zapalenia surowiczego opon nie uważa za chorobę samodzielną, lecz za okres wcześniejszy sprawy chorobowej. Zapalenie opon jest sprawą jednolitą, w której z początku występuje zrazu wysięk surowiczy, która w dalszym rozwoju nabiera coraz bardziej cech ropnej. Chemiczne zmiany płynu mózgowo-rdzeniowego występują wcześniej, niż objawy kliniczne, mają zatem doniosłe znaczenie dla wczesnego rozpoznania. Sztywności karku może brakować przy zapaleniu opon przeważnie w średnim dole czaszkowym. Jeżeli płyn mózgowo-rdzeniowy przestaje działać odtleniająco, to wskazuje to na przejście choroby w okres ropienia. Zmniejszona zasadowość płynu wskazuje na postęp sprawy chorobowej i upomina do operacyi w celu zapobieżenia ropieniu. M. mając w leczeniu chorego z przewlekłem ropieniem ucha środkowego z zapaleniem błędnika, u którego ciepłota się podnosi, napięcie tętna się wzmaga i u którego w cieczy mózgowo-rdzeniowej można wykazać zmniejszoną zasadowość i brak redukcyi przy gotowaniu z rozczynem Fehlinga, radziłby bezzwłoczną operacyę dekompresyjną, ponieważ w takim przypadku grozi wystąpienie sprawy ropnej, której nie można dość wcześnie zapobiegać. Spira.

Makuen: **Wczesne leczenie domowe dziecka głuchego.** (The Laryngoscope 1913 Nr 3). Jak dziecko zdrowe uczy się mowy przed wiekiem szkolnym, tak i u dziecka głuchego powinna nauka mowy zaczynać się w najwcześniejszym wieku. Przez zaniedbanie dziecka w tym wieku naraża się je na największą trwałą szkodę, której przez późniejsze wychowanie nie można już usunąć. Jak dziecko prawidłowe uczy się znaczenia wyrazu przez częste słyszenie, tak dziecko głuche może przez widzenie wymawiania często powtarzanych słów poznać ich znaczenie Najważniejszym środkiem wychowawczym dla głuchego dziecka jest ćwiczenie zdolności spostrzegawczej. Jest zatem rzeczą bardzo ważną u takiego dziecka ćwiczyć jak najwcześniej postrzeganie ruchów twarzy przy mowie i wrażliwość dotyku. Najlepiej wychowanie takie przeprowadza w domu matka dziecka pod przewodnictwem znawcy. Do tego może być bardzo pomocnym elementarz z obrazami, zestawiony przez nauczyciela dla matki i dla dziecka. Dziecko głuche powinno przez cały czas szkolny przebywać jak najwięcej w otoczeniu rówieśników słyszących, by korzystać z ich towarzystwa i by unikać obcowania z samymi tylko głuchymi, kończącego się często niefortunnem między nimi małżeństwem. Spira.

Margulies: **Migrena uszna.** (Prager medizinische Wochenschrift Nr 27, 1913). Autor opisuje 4 przypadki połowiczego bólu głowy z napadami zawrotu, w których podczas napadu występowało upośledzenie słuchu; w czasie wolnym od napadów słuch był prawidłowy. W jednym przypadku przy próbie pokazania było odchylenie w stawie lewej ręki. M. sądzi, że tu nie chodzi o zlepy i tworzenie się torebki, jak w zbiorze objawów Baranyego, lecz o wzmożony wysięk, który bywa wywołany przez jakiś bodziec, działający przejściowo na błędnik. Błędnik i narząd przedsionkowy odgrywają prawdopodobnie większą rolę przy powstawaniu połowiczego bólu głowy, niż się zwykle sądzi i aczkolwiek objawy ze strony błędnika, jak w przypadkach podanych, są rzadkie, to przecież przeczulica słuchowa, często spostrzegana w migrenie, przemawia za takim związkiem. Spira.

Lewy: **Niektóre uleczalne choroby nerwu słuchowego.** (The Laryngoscope 1913 Nr 3). Istnieje pewien rodzaj czynnościowego nerwowego niedosłyszenia, różniący się swoją uleczalnością od innych przypadków, w których upośledzenie słuchowe polega na zwyrodnieniu nerwu słuchowego. Przez dokładne badanie i uwzględnienie przyczyn można odróżnić zmiany czynnościowe od organicznych. Zwyrodnienie nerwu częściej spotyka się w średnim wieku, u mężczyzn, u osób wystawionych na ciągły hałas, u osób młodocianych po chorobach zakaźnych, u starych w toku miażdżycy tętnic. Upośledzenie słuchu bywa przytem znaczne, nierówne po obu stronach, górna granica słuchu jest przeważnie obniżona, odczyn przedsionkowy na ekranie poniżej prawidłowego. Czynnościowa depresya n. ślimakowego zdarza się częściej w stanach ogólnego osłabienia. Przytem upośledzenie słuchu zwykle nie jest bardzo znaczne i granice tonów są prawie prawidłowe. W postaciach neurastenicznych odczyn przedsionkowy na obracanie jest wzmożony i istnieje objaw wyczerpania. Autor przypuszcza, że przy miejscowem uszkodzeniu n. słuchowego słuch będzie obniżony szczególnie dla pewnych obszarów gamy, natomiast przy depresyi czynnościowej obniżenie to tyczyć się będzie wszystkich tonów i będzie połączone z depresyą lub przytępieniem czucia w obrębie także innych narządów zmysłowych. W przypadkach zatrucia chininą, w których następuje poprawa słuchu, należy przypuścić przytępienie czynnościowe wskutek przekrwienia, natomiast w przypadkach zatrucia (wyskokiem, nikotyną, arszenikiem, chloroformem i t. p.), w którem pozostaje stałe uszkodzenie słuchu, chodzi o trwałe organiczne zmiany nerwu. W wielu chorobach zakaźnych, jak płonica, zapalenie gruczołów przyusznych, grypa i t. d. spotyka się trwałe uszkodzenie n. słuchowego, jednakże czasem i tu chodzi tylko o depresyę czy astenię (niedomogę) w następstwie ogólnego osłabienia. Przy odpowiedniej uwadze można uleczalne postacie głuchoty nerwowej odróżnić od postaci nieuleczalnych, co oczywiście ma niezmierne znaczenie praktyczne. Spira

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Sekcya neurologiczno-psychiatryczna.

I. Posiedzenie z d. 21. I. 1913.

1) Przewodniczącym sekcyi wybrany został kol. Pański, sekretarzami kol. Klozenberg i Dąbrowski.

2) Kol. Klozenberg przedstawia dwa przypadki **mikrocefalii** u rodzeństwa. Dzieci, starsze w wieku $2^1/_2$ r. i młodsze 4-mies., pochodzą z rodziców ze sobą niespokrewnionych, nie oddających się pijaństwu, nie obarczonych dziedzicznością neuropatyczną, bez kiły. Matka twierdzi, że ciąże obie przeszły prawidłowo, porody były łatwe, w swoim czasie. Więcej dzieci niema. Matka zapytuje, czy ma prawo mieć jeszcze potomstwo. Przedmiotowo: główki o wymiarach 38 i 32 (zamiast norm. 48 i 40), charakterystyczne, sztywność [microcephalia vera], idyotyzm. Badanie ginekologiczne matki wykazuje wymiary miednicy zwężone, oprócz zwężonej nieco sprzężnej przekątnej. Na dnie oczu kol. Donchin nie znalazł żadnych zmian.

W dyskusyi kol. Pański zastanawia się nad przyczyną powstania u dwojga dzieci w jednej rodzinie mikrocefalii i zapytuje, czy badano krew co do odczynu

Wassermana. Przytacza przypadek z własnej praktyki, powstania mikrocefalii u dwojga dzieci matki z wązką miednicą. Dzieci te jednak urodziły się przedwcześnie. W końcu zapytuje, jak długo żyją mikrocefalicy. W piśmiennictwie nie spotkał oświetlenia przyczyn powstawania mikrocefalii u rodzeństw. — Kol. Klozenberg: W danym przypadku próba Wassermana jeszcze wykonana nie była z powodu zbyt krótkiego czasu obserwacyi. Co do wieku, to sam widział przeszło 40 lat mającego mikrocefalika, a jeden ze słynnych w swoim czasie acteków, zdaje się miał przeszło 60 lat.

3) Kol. Justman przedstawił chorą l. 40, która zgłosiła się dnia 6. V. 1911 r. z następującemi skargami: Przed $2^1/_2$ laty zauważyła nagle słabość k. d. l., potem k. g. l. Od roku mierne bóle głowy, od $^1/_2$ roku widzi czasem podwójnie przy patrzeniu w górę, czasem połyka z trudnością. Z 9 dzieci 3 zmarło, chora nie roniła. Mąż zdrów. Zamężna 17 lat. Chora wzrostu małego, miernie odżywiona, wątła, blada. W sercu czasem intermisye. Enteroptosis. Zmiany dotyku i bólu bardzo niepewne, może lekka hypalgezya lewej połowy klatki piersiowej i lewej k. g. Brak b. odr. spojówkowego i osłabienie odr. z l. rogówki. Drżenie oczu obustronne. Hypotonia kk. ll., chód wyraźnie móżdżkowy, chorą ciągnie w prawo. Odruchy ścięgnowe żywe. Słuch z lewej strony znacznie osłabiony. We wzierniku obraz prawidłowy. Chorą następnie badano 16. VII. 1911. Skarżyła się na zawroty głowy, krztuszenie się przy połykaniu, wzrastającą słabość kończyn lewych, przytem górna »rzuca się« przy ruchach. Przedmiotowo stan bez zmian, może tylko, niepewna zresztą, hypestezya lewych powiek, policzka i połowy nosa. Adiadochokinesis lewych kończyn. Następnie chora zgłosiła się 30. XII. 1912, skarżąc się na znaczną słabość, mdłości i wymioty codzienne, zaburzenia w połykaniu, oraz uczucie zimna w lewej połowie ciała. Stan przedmiotowy: Zupełna głuchota na ucho lewe, zresztą stan dawny. Na zasadzie powyższego rozpoznano **guz kąta mostowego,** usadowiony w lewej połowie. Na obserwacyę na oddziale chirurgicznym, zaproponowaną zaraz po pierwszem badaniu, chora dotychczas się nie zgodziła. (Streszczenie własne).

W dyskusyi a) Kol. Pański ubolewa, że w takich przypadkach nie wykonuje się próby Baranyego (kalorycznej i z kręceniem), galwanicznej Babińskiego, które to próby ze ścisłością prawie matematyczną wskazują obecność ogniska. Pański, który wykonani prób tych widział dopiero co w Krakowie na Zjeździe, opisuje je i proponuje swe usługi tym kolegom, którzyby pragnęli je przerobić.— b) Kol. Dąbrowski nie wykluczyłby w tym przypadku stwardnienia rozsianego; w celu rozpoznawczym proponuje dokonania nakłucia Neisser-Pollacka. — c) Kol. Klozenberg również sądzi, że należałoby dokonać prób Baranyego i Babińskiego, co do pierwszych wydaje się mu czulszą próba z t. zw. »Vorbeizeigen«. Zgadza się również na nakłucie Neisser-Pollacka. Co do danego przypadku zastanawia go brak zmian na dnie oka.— d) Kol. Justman w odpowiedzi zaznacza, że w danym przypadku stwardnienie rozsiane stanowczo wyłącza. Próby narządu przedsionkowego uważa za wskazane, nie uważa jednakże ich za tak łatwe, jak twierdzi kolega Pański. Brak zmian na dnie oka zdarza się przy guzach kątu mostowego w 30%. Operacyę uważa za stanowczo wskazaną, nakłucie próbne Neisser-Pollackowski uważa za wskazane tylko przy przypuszczalnej głębokiej siedzibie.

4) Kol. Pański: **Przypadek okresowo występujących natrętnych myśli samobójczych.** Mężczyzna 28 l., żonaty, ma 1 dziecko, po którem żona roniła dwukrotnie z przyczyn bliżej nie zbadanych; przeczy, by przebywał kiłę; rodzina zdrowa; samobójstw w rodzinie nie było. Chory skarży się, iż od lat ośmiu miewa myśli samobójcze, bezustannie dręczące go w przeciągu tygodnia lub dłużej, po czem na jakiś czas ustępują zupełnie; myśli samobójcze poprzedzone bywają silnymi bólami i zawrotami głowy, trwającymi 1—2 doby. Pomiędzy napadami chory pracuje, nie prześladowany żadną myślą chorobliwą. Myśli natrętne, których treścią zawsze jest samobójstwo, występują obecnie u chorego coraz częściej, natomiast przerwy pomiędzy napadami są coraz krótsze. Myśl o pozbawieniu się życia przez powieszenie wystąpiła po raz pierwszy po usłyszeniu opowiadania o samobójstwie znajomego. Chory nie okazuje żadnych zboczeń pod względem psychicznym, dokładnie zdaje sobie sprawę z tego, iż myśli jego są chorobliwe, nie może jednakże nad niemi zapanować i obawia się, że kiedyś myśli takiej ulegnie. U chorego stwierdziłem: Zbyt wypukłe gałki oczne, lewa źrenica szersza niż prawa; obydwie niezupełnie okrągłe, oddziaływają dobrze na światło; czucie bólowe na lewej połowie twarzy, lewej dłoni i wogóle w lewej połowie ciała upośledzone; odruch brzuszny dolny prawy słabszy, niż lewy; tarcze nerwów wzrokowych bez zmian; krwi nie badano. Rozpoznanie nie jest łatwe. Czy można napady myśli natrętnych poczytywać za zwiastuny organicznego cierpienia mózgu (p. p.), którego przejawami byłyby przytoczone powyżej objawy, orzec trudno; wydaje mi się to jednakże bardzo wątpliwem. Obraz chorobowy imituje cierpienie czynnościowe, którego przebieg składa się z okresów naprzemiennych przygnębienia z myślami samobójczemi i pełnego zdrowia. (Streszczenie własne).

W dyskusyi a) Kol. Dąbrowski zwraca uwagę, że przytoczone objawy somatyczne czasem bywały spostrzegane jako najwcześniejsze objawy porażenia postępowego; poza tem zwraca uwagę na peryodyczność napadów. — b) Kol. Gromski przytacza przypadek postrzegany w Grodzisku idei samobójczych, w którym obecnie już 3 lata po opuszczeniu zakładu napady się nie powtarzały. — c) Kol. Baumgartenówna uważa przypadek za zbliżony do psychastenii w sensie Janeta, peryodyczność uważa za potwierdzenie swego przypuszczenia. — d) Kol. Klozenberg podkreśla niezwykłość współrzędności objawów somatycznych z zupełnie zachowanym intelektem.— e) Kol. Pański twierdzi, że rozpoznanie psychastenii nie wyjaśnia zespołu objawów psychicznych i somatycznych.

5) Klozenberg przedstawia: a) Mózg mężczyzny 43-letniego, przywiezionego przez Pogotowie w stanie nieprzytomnym, z ciepłotą 38°5, z prawostronnym objawem Babińskiego, obrzękiem lewego wyrostka sutkowego i drgawkami, prawidłowem dnem oka. Chory był tego samego dnia operowany. Podczas operacyi stwierdzono zakrzep zatoki, po usunięciu którego polała się obficie ropa cuchnąca. Chory nazajutrz po operacyi zmarł, na sekcyi stwierdzono: leptomeningitis purulenta convexitatis et baseos craniin, ognisko rozmiękczenia w okolicy dolnego zakrętu skroniowego lewego.

b) Mózg mężczyzny 39-letniego, który we wrześniu r. z. zaczął narzekać na bóle głowy z mdłościami, wymiotami; jednocześnie wystąpiło postępowe osłabienie władz umysłowych. W szpitalu stwierdzono brodawkę zastoinową obustronną i P = 52. Wobec tego, że chory przed laty 15 uległ urazowi w czoło, po którym pozostała blizna, że odczyn Wassermana był ujemny, kol. Justman, który chorego wtedy miał w swej pieczy, wobec przewagi różnicy objawów psychicznych, przypuszczał sprawę urazową zrazu czołowego lewego i zdecydował się na zabieg chirurgiczny. Trepanacya w I. okresie została dokonana przez kol. Jasińskiego 27 list. 1912 r. Chorego poraz pierwszy widziałem 14 grudnia, przyczem przedmiotowo stan jego mało co różnił się od wyżej podanego. II. okresu operacyi dokonano 1 stycznia, podczas tej operacyi dobyto 3 pęcherzyki, które okazały się wągrami. Stan chorego po operacyi pogarszał się stopniowo, chory przy objawach zupełnej utraty przytomności i podniesienia ciepłoty zmarł 15 stycz. 1913 r. Na sekcyi, która niestety musiała się ograniczyć tylko do wyjęcia mózgu, znalazłem **wągry** rozsiane podoponowo w szarej istocie **mózgu**, mniej ich było w białej, sporo w komorach bocznych; te komórki znacznie rozszerzone, zawierały dużo płynu, powierzchnia wyściółki lewej chropawa (»Chagrin«) — ependymitis ventricularis (?).

c) Mózg 27-letniej panny, która od stycznia r. z. cier-

piała na uporczywe bóle głowy z wymiotami, postępującem osłabieniem wzroku i drgawkami, poczynającemi się odk. g. pr. i następnie przechodzącemi w ogólne z utratą przytomności. W grudniu r. z. stwierdzono: Siła wzroku minimalna, chora odróżnia zaledwie światło, niedowładów niema; chora nie może chodzić, siedzieć może. Odruchy ścięgniste i skórne zachowane. Lewostronna adiadochokinezya, bezład w k. g. l., niedowład n. odwodzącego l., drżenie oczu, niedowład lewego kąta ust, znieczulenie rogówek większe po stronie l. Neuroretinitis haemorhagica, obustronna brodawka zastoinowa. (Donchin). Oddziaływanie źrenic szczeg. prawej znacznie osłabione P = 90. Odczyn Wassermana ujemny. Zbiór objawów, wskazujący na obecność sprawy uciskającej, bez ścisłej lokalizacyi, z prawdopodobieństwem umiejscowienia w lewej półkuli lub drogach móżdżkowych, wobec czego zdecydowałem się na zabieg paliatywny w okolicy lewej potylicznej, rezerwując sobie postępowanie bardziej stanowcze w II. okresie operacyi. 23. 12. 1912 kol. Ewaryst Jasiński dokonał trepanacyi. Podczas operacyi nastąpiło obfite krwawienie w okolicy torcular, założony został tampon uciskający. Przebieg pooperacyjny był wskutek dużego upływu płynu mózgowordzeniowego, który kompletnie przemaczał opatrunek i poduszki, nader niepomyślny. Chora zmarła w 9. dniu po operacyi. Na sekcyi znaleziono **glejaka** wielkości orzecha włoskiego, wychodzącego z **lewego odnoża móżdżku** (crus cerebelli aut corpus quadrigeminum). (Streszczenie własne).

W dyskusyi: a) kol. Pański co do drugiego przypadku, który miał sposobność widzieć, podnosi, że wskutek niemożności określenia siedziby sprawy był operacyi przeciwny. Sam ma kilka przypadków trepanacyi z wynikiem ujemnym. Poddaje leczeniu chirurgicznemu tylko te, gdzie może ściśle określić siedzibę zmian. — b) Kol. Klozenberg zachęca do postępowania paliatywnego. W danym przypadku zauważa, że blizna mogła nasunąć przypuszczenie sprawy urazowej.

Polskie Towarzystwo lekarskie w Kijowie.

Posiedzenie zwyczajne d. 24 kwietnia 1913 r.

Przewodniczący B. Knothe. Obecnych członków 26.

I. Hoffman: **Przyczynek do dyetetyki zapaleń nerek.**

Dyskusya. a) M. Pietkiewicz pyta o zakłady lecznicze dla chorych na nerki. — b) B. Wojciechowski wyraża zdanie, że podawanie jodu może przynieść pożytek tam, gdzie nie ma skłonności do zatrzymywania soli, zwłaszcza, jeśli przyczyną sprawy w nerkach jest schorzenie naczyń. — c) I. Makowski również oświadcza się za podawaniem jodu w przypadkach o podkładzie miażdżycowym. — d) M. Łążyński zapytuje, jak oryentować się w praktyce w sprawie dostatecznego wydzielania azotu i do jakiej kategoryi klasyfikacyi, przyjętej przez referenta, należałoby zaliczyć skrobiawicę nerek. — e) Dr Sochacki: Nieraz w chorobach nerkowych, podobnie jak w chorobach serca, w rokowaniu kierować się trzeba raczej całokształtem obrazu chorobowego, ogólnem wrażeniem, jakie chory na lekarzu sprawia, niż wynikami specyalnego badania czynności chorego narządu. Najtrudniejszą i najważniejszą rzeczą będzie zawsze trafne rozpoznanie t. zw. »status suburaemicus«, jako zapowiedzi grożącej w niedalekim czasie mocznicy. Leczenia zapalenia nerek, poza dyetetyczno-klimatycznem, jak słusznie zaznaczył referent, właściwie niema. Dyetetyka form śródmiąższowych jest bardzo zbliżona do dyetetyki dny. Co do zawartości ciał purynowych w pokarmach roślinnych, n. p. w pomidorach, szparagach, to zapatrywania uległy znacznej zmianie. Sprawę mięsa białego i czarnego rozjaśniła ogłoszona przed paru laty praca Sieverta i Żebrowskiego. Pokazało się, że wprawdzie białe mięso, zwłaszcza mięso młodych zwierząt, jako zawierające większą ilość jąder komórkowych, zawiera też więcej kwasu moczowego, lecz że natomiast produkty rozpadu mięsa młodego wydzielają się przez nerki szybciej od mięsa czarnego i z tego względu pierwsze może być w zapaleniach nerek odpowiedniejsze od drugiego.

f) Z. Gilewicz: Ustanowienie racyonalnej dyetetyki zapalenia nerek jest rzeczą nader trudną. Wymagałoby ono właściwie dokładnego zbadania całkowitej przemiany materyi, a więc chodziłoby tu o zbadanie zachowania się nerek względem wody, substancyi nieorganicznych i organicznych. Wprawdzie ograniczamy się zwykle do chlorku sodu, jako przedstawiciela drugiej, a mocznika, jako przedstawiciela trzeciej grupy. Przeprowadzenie zasady zupełnego odpoczynku chorego narządu w stosunku do działania nań chociażby jednej tylko z grup wyżej wymienionych, jest niewykonalne i dlatego Gilewicz nie systematyzowałby dyetetyki w taki sposób, w jaki to uczynił referent. Nie występowałby n. p. przeciwko mleku w początkowych okresach ostrych zapaleń nerek, zwłaszcza tam, gdzie niema oliguryi; w przewlekłych postaciach nie pozbawiałyby chorego ustroju białka, potrzebnego mu dla celów plastycznych. Jakie ilości są dozwolone, to należy określić w każdym poszczególnym przypadku. Co do kąpieli, to zadaniem jej jest nietylko wywołanie potów, lecz też pewnego odruchu naczyniowego. Mechanizm działania tego odruchu na nerki nie jest nam dokładnie znany, doświadczenie jednak poucza, że chorzy mogą zeń odnosić korzyści. Co się tyczy pracy Sieverta i Żebrowskiego, to nie powtarzano odnośnych doświadczeń ze względu na wielkie techniczne trudności. Zbliżanie się mocznicy można przewidzieć przy pomocy określania zawartości mocznika we krwi.

g) Dr Nowaczek: Podawanie soli kuchennej w niektórych tylko przypadkach wywołuje zwiększenie ilości postaciowych składników białka. Sól kuchenna wydziela się przez nerki nader szybko i to nietylko przez zdrowe, lecz w przeważnej liczbie przypadków także przez chore nerki. Znaczne upośledzenie wydzielania zdarza się tylko w ciężkich postaciach zapalenia nerek, zwłaszcza też przy grożącej mocznicy; wówczas dowóz soli powinien być znacznie ograniczony; poza tem wystarczy pewne zmodyfikowanie go.

h) I. Hoffman odpowiada Pietkiewiczowi, że leczenie dyetetyczne oparte na podstawie dokładnego badania przemiany materyi przeprowadza w chorobach nerek między innymi Noorden w swem sanatoryum wiedeńskiem; Wojciechowskiemu i Makowskiemu, że sól kuchenną, nawet takim chorym nerkowym, którzy ją dobrze znoszą, daje się zwykle w ograniczonej ilości, niema więc podstawy do dawania im nadto jeszcze jodu, który, jak wiadomo, ma ciężar atomowy znacznie większy od chloru, tem więcej, że nikt jeszcze nie dowiódł jego pożyteczności przy odnośnych schorzeniach. Łążyńskiemu odpowiada H., że oryentować się można co do dostatecznego lub niedostatecznego wydzielania azotu dwojakim sposobem: albo określamy zawartość azotu we krwi, albo też podajemy choremu, będącemu na dyecie bezazotowej, 20,0 mocznika. Jeżeli cała ta ilość wydzieli się z moczem w ciągu 24 godzin, to uważamy azotową sprawność nerki za dostateczną, a to dzieje się zwykle przy sprawach miąższowych oraz zwyrodnieniu skrobiowatem, natomiast nerki, chore na śródmiąższowe sprawy przewlekłe, zwykle azot zatrzymują. Odpowiednio do tego w pierwszym przypadku dajemy chorym mięso, aczkolwiek w niewielkiej ilości (nie ponad 150,0 według Noordena) w drugim lepiej zrobimy, zastępując je innymi rodzajami białka. Dawniejsze poglądy co do bezwzględnej szkodliwości mięsa przy wszystkich rodzajach zapalenia miały pewne uzasadnienie w tem, że pod wpływem gnicia w jelitach wytwarzać się mogą z mięsa ptomainy, działające drażniąco na nerki. Gilewiczowi odpowiada referent, że, jak wyraźnie zaznaczył, przeciwny jest podawaniu mleka właśnie tylko przy oliguryi.

Posiedzenie zwyczajne d. 11 września 1913 r.

Przewodniczy B. Knothe. Obecnych członków 37 i go-

ście Dr Tarnawski ze Sławuty i Dr Polkowski z gub. Permskiej.

I. Makowski przedstawia:

a) **Staw kolanowy resekowany** »en bloc« z przyczyny ropowicy i posocznicy po zapaleniu gardła. Resekcyę wykonano dla tego, że rodzina chorej nie chciała się zgodzić na amputacyę, która właściwie była tam wskazana. Chora po długiej chorobie przecież wyzdrowiała.

b) Chorą po **wycięciu krtani z powodu raka**; w pół roku potem nawrót, zajęcie przełyku, który na życzenie rodziny chorej Makowski częściowo resekował. W kilka dni po operacyi szwy się rozeszły i chorą trzeba było w ciągu miesiąca karmić przez zgłębnik; ostatecznie wszystko się zrosło tak, że można było przystąpić do rozszerzenia przełyku świeczkami. Teraz chora połyka bez trudności.

e) **Kamień moczowy**, wydalony z pęcherza. M. pokazuje go dlatego, że pomimo rozmiarów i trudności kamienia, kilkakrotne zdjęcia rentgenowskie nie zdołały go wykazać. Chory nie chciał, by go cystoskopowano, tak że do operacyi trzeba było przystąpić, opierając się tylko na objawach.

d) Chorą, która zgłosiła się ze skargami na długotrwałą chrypkę. Pokazało się, że chrypkę tę wywoływał **rak krtani**, wskutek czego przystąpiono do całkowitego jej wycięcia. Operacya trwała niespełna godzinę i przeszła zupełnie gładko. Później jednak szwy się rozeszły i trzeba było kilku miesięcy czasu na to, aby się wszystko zagoiło; pozostało wówczas jeszcze zrobić plastykę przełyku. Podczas wykonywania tego zabiegu skaleczył M. szyjną tętnicę wspólną z prawej strony, którą jednak podwiązał, zanim chora większą ilość krwi straciła. Obecnie stan chorej poprawił się znacznie, tylko chora nie widzi jeszcze na prawe oko (zator tętnicy siatkówkowej). I ten objaw jednak zdaje się powoli ulegać poprawie.

e) **Kość** kurczęcia w postaci widełek, **wydobytą z przełyku** przy pomocy ezofagoskopu. Kość tkwiła w przełyku, obrócona widełkami ku dołowi tak, że próby przepychania jej do żołądka przy pomocy zgłębnika byłyby musiały nieuchronnie doprowadzić do poranienia ścian przełyku ze wszystkiemi fatalnemi następstwami. Godną uwagi w tym przypadku jest jeszcze ta okoliczność, że z początku kostka nie sprawiała choremu żadnych dolegliwości, a zaczęła mu zawadzać dopiero w 3 dni po połknięciu.

Dyskusya. a) Z. Gilewicz pyta, czy robiono chemiczny rozbiór kamienia. — b) Makowski odpowiada, że nie, lecz że kamienie, nie dające cienia na zdjęciach rentgenowskich, składają się zwykle z moczanów — c) Łążyński pyta, czy plastykę powięzi szerokiej przy laryngotomii można zastąpić plastyką wolnej powięzi. — d) Makowski odpowiada, że nieraz można to uczynić.

Posiedzenie zwyczajne d. 2 października 1913 r.

Przewodniczy B. Knothe. Obecnych członków 33 i goście Dr Zalewski, Łotocki, Łodziński i Koryszkowski.

I) W. Borowska: **Pokaz chorej trędowatej**. Chora 28-letnia, pochodzi z gub. Taurydzkiej, z zupełnie zdrowej rodziny. Przypomina sobie jednakże z czasów dzieciństwa, że w osadzie, w której mieszkała z rodzicami, przebywała przez czas jakiś rodzina trędowatych. Cierpienie obecne datuje się od 4 lat i zaczęło się od plam na piersiach, później pojawiły się guzy na czole, twarzy i innych częściach ciała. Chora leczyła się u wiejskiej babki podobno jakimś dekoktem bez wyraźnych skutków. Stan obecny jest następujący: Skóra na czole i twarzy silnie zgrubiała, pokryta brunatnemi plamami, w okolicach brwi, na powiekach, uszach i fałdach nosowowargowych liczne gruzełki. Brak rzęs i brwi. Rysy twarzy zgrubiałe (facies leonina). Na ramionach, goleniach, piersiach i plecach — brunatne plamy; kiście rąk sinoczerwone; palce bliznowate, pokryte owrzodzeniami. Podobneż owrzodzenia znajdują się na goleniach i palcach nóg. Ręce i stopy są znieczulone zupełnie. Narządy wewnętrzne bez zmian. Przy badaniu laryngologicznem znaleziono blizny i gruzełki na strunach głosowych i w gardle. Odczyn Wassermanna wybitnie dodatni. Przypadek ten należy zaliczyć do rzędu t. zw. »lepra mixta« W końcu B. omawia szczegółowo stare i nowe (salwarsan promienie Roentgena) sposoby leczenia i zaznacza prawie zupełną ich bezskuteczność.

W dyskusyi zapytuje a) Łążyński, czy stary, ogólnie znany środek, ol. chaulmograe, także obecnie cieszy się powodzeniem pośród dermatologów i czy daje jakie wyniki. Zapytuje także, czy stosowano promienie Roentgena. — b) Borowska odpowiada, że stosowanie ol. chaulmograe wewnętrznie lub podskórnie wpływa dodatnio na stan ogólny, pozostając bez wpływu na samą sprawę chorobową. Naogół środki wewnętrzne działają lepiej, niż zewnętrzne. B. powtarza, że naświetlanie promieniami Roentgena pozostaje bez skutku. — c) Hoene zwraca uwagę, że najmniejsze nadżerki naskórka mogą służyć jako miejsce wejścia zarazka. Okres wylęgania często trwa przez wiele lat, zanim ukażą się pierwsze objawy cierpienia. Ol. chaulmograe, ol. gynocardiae (antileprosa), w swoim czasie jakoby miały sprawiać znaczną poprawę. H. podnosi typowość demonstrowanego przypadku. — d) Pietkiewicz przypomina sobie, że za jego czasów uniwersyteckich Prof. Wilhelm Koch w Dorpacie stosował wewnętrznie kreozot przy trądzie i twierdził, że zagranicą otrzymano w ten sposób znakomite wyniki. Chorzy trędowaci wówczas leżeli w salach chirurgicznych, a panowało przekonanie, że ta okoliczność nie przedstawia niebezpieczeństwa dla ich sąsiadów. — e) Cichocki z powodu dodatniego odczynu Wassermanna zapytuje, czy nie zachodzi w danym przypadku kombinacya trądu z kiłą. — f) Modrzewski i Hoffman przypominają, że większość przypadków trądu daje dodatni odczyn Wassermanna.

II) S. Trzebiński: **Transcendentyzm a wiedza przyrodniczo-lekarska.**

Dyskusya: a) Wojciechowski zapytuje, czy obserwowano mężczyzn, występujących w roli medyów. — b) Trzebiński: Cały szereg wymienia n. p. Bastiona, który został w swoim czasie zdemaskowany w Wiedniu przez arcyksięcia Rudolfa i Jana Ortha, Ochorowicz zresztą twierdzi, że każde prawie medyum, o ile nie jest odpowiednio wychowane, rzadziej lub częściej próbuje oszukiwać, dzieje się to zaś tem łatwiej, że wymagają odeń zwykle coraz to nowych fenomenów. — c) Z. Gilewicz: Spostrzeżono, że medyum po seansie, trwającym $1-1^1/_2$ godziny, traci na wadze. W ostatnich czasach mówiono dużo w Warszawie o nowem medyum, pewnej służącej, w obecności której dziać się miały niezwykłe rzeczy, częściowo przedstawione na całym szeregu fotografii. Medyum to po posiedzeniu traciło do 4 funtów wagi. Ochorowicz, o ile mowcy wiadomo, co do tego medyum nie wypowiedział swego zdania.

43. Zjazd chirurgów niemieckich

w Berlinie 15—18 kwietnia 1914.

podał Dr Adolf Klęsk.

1) Sprengel: **Przyczyny i leczenie pooperacyjnych przepuklin brzusznych.** S. rozróżnia prócz właściwych przepuklin brzusznych po operacyi, także porażenia mięśni brzusznych wskutek przecięcia nerwów, biegnących ku mięśniowi prostemu i rozciągnięcie mięśni razem ze skórą lub też pod nią. Przyczyny: 1) tamponada, 2) zakażenie, 3) niedokładny szew lub zły materyał do szwu, 4) powikłania pooperacyjne, 5) cięcie nie uwzględniające warunków fizyologicznych. Celem zapobiegania zaleca S. cięcie t. zw. naprzemienne (Wechselschnitt), w kierunku przebiegu tkanek; przy trudnych warunkach szwu, zwłaszcza gdy cięcie nie uwzględniało warunków fizyologicznych, szew materacowy katgutem. Co do tamponady, to chirurgia wprowadziła już

obecnie korzystne ograniczenia. Szew wtórny, z obawy następowego wytworzenia się przepukliny, nie jest wskazany. Do późniejszego pokrycia nadaje się bardzo dobrze powięź, gorzej płaty mięsne lub ciała obce.

Dyskusya: Perthes pokazuje model odmiany operacyi Mayo, Wertheim (z Warszawy) zaleca cięcie poprzeczne, Menge zaleca pokrywanie ubytków powierzchniami przesuniętych (przez nacięcie powięzi) mięśni, Dolberten zaleca wykonywać cięcia małe, Schanz zaleca pelotę (którą sam nosi), która przysysa się naokoło przepukliny, König zaleca celem zapobieżenia przepuklinie wczesną gimnastykę. Küttner odrzuca cięcie poprzeczne; operowani źle potem oddychają, szew jest trudny i trwa długo. Küttner operuje przepukliny, wytwarzając kilka nowych warstw. Również Wrede zwalcza cięcie poprzeczne.

2) Wrześniowski (Częstochowa): **Pokrywanie jamy brzusznej przy operacyach przepuklin.** W. zachwala sposób podany przez Mayo.

3) Noetzel: **O stosowaniu zasady Brennera przy doszczętnych operacyach przepuklin pachwinowych.** Omówienie sposobu Brennera (zeszycie m. skośnego wewnętrznego z dźwigaczem jądra) i jego odmian.

4) König: **Plastyka nosa.** Przy częściowej plastyce uzupełnia K. ubytek częścią małżowiny usznej, a cały nos robi z części mostka i dwóch żeber, które przeszczepia najpierw na ramię, a potem z ramienia razem ze skórą przygojoną na ubytek nosa.

W dyskusyi Hildebrand pokazuje ryciny podnoszenia zbyt zwisającego nosa zapomocą zakładania pętli jedwabnej, a Josef kombinacye plastyki nosa i wargi ze skóry ramienia.

5) Habs: **Leczenie substancyami promieniotwórczemi.** H. zaleca stosowanie w leczeniu kilku preparatów w ściśle oznaczonej od siebie odległości, przez co stosować można bardzo energiczne leczenie.

6) Eiselsberg: **Doświadczenia przy leczeniu nowotworów złośliwych radem i promieniami Röntgena.** E. wyraża się bardzo korzystnie o tem leczeniu; nieraz spostrzegał bardzo wybitne skutki lecznicze w przypadkach rozpaczliwych. Po operacyi zapobiegawczo powinno się zawsze stosować leczenie tymi sposobami.

W obszernej dyskusyi liczni mowcy podnoszą korzystne wyniki tego sposobu leczenia. Werner osiąga przy guzach powierzchownych 88% popraw wybitnych, przy głębokich 40%. Także doświadczenia ginekologów są bardzo zachęcające. Perthes wyleczył raka wargi promieniami Röntgena zupełnie, bo niema nawrotu już przeszło 5 lat.

7) Kelling: **Demonstracye nowotworów uzyskanych zapomocą uczulonych komórek zarodkowych.** Komórki wstrzykiwano zwierzętom tego samego gatunku i niekiedy powiodło się wywołać w ten sposób sztucznie nowotwory wielkości wiśni, a nawet jaja kurzego. Guzy te utrzymywały się do 40 dni. Komórki uczulano przez wstrzykiwanie rodzicom obcej krwi. Spostrzegano także uogólnianie się takich nowotworów n. p. w otrzewnej, przyczem powstawała puchlina brzuszna. (C. d. n.).

Medycyna publiczna. Higiena. Epidemiologia.

Z epidemiologii duru plamistego.

Podał

Dr Julian Bory,

c. k. starszy lekarz powiatowy w Drohobyczu.

(Według wykładu, wygłoszonego w dniu 17 lutego 1914 r. na Zjeździe lekarzy powiatowych we Lwowie).

(Dokończenie).

Z lekarzy zapadają prawie wyłącznie lekarze rządowi lub delegowani do tłumienia epidemii, bo do wspomnianych ognisk i wylęgarni duru plamistego w chatach najnędzniejszych jedynie oni docierają.

Gdy natomiast dur plamisty pojawi się wśród wieśniaków lub mieszczan zamożniejszych lub inteligentniejszych, którzy sami zdobywają się na sprowadzenie lekarza, wówczas, jak wielokrotnie obserwowałem, lekarze się nie zakażają; w ten sposób wyjaśnia się fakt znany, że zakażenie się lekarzy, nie delegowanych z urzędu do epidemii, należy do rzadkości. W naszych stosunkach chory, który sam pożąda i wzywa lekarza, należy już do warstw inteligentniejszych, zamożniejszych, czyściejszych, w jego mieszkaniu nie roi się od pcheł, jak w chatach nędzarzy, i tu się nie zakażamy.

W referatach moich z przed 12 lat i z przed 2 lat (j. w.) wspomniałem, że ludzie, przedtem zdrowi, po jednorazowem przestąpieniu progu chaty zakażonej zarażali się, jakkolwiek nie zetknęli się wcale z chorym. Wydarzenia takie obserwowałem dwukrotnie z oprowadzającymi mnie przedstawicielami gminy i to samo wiem z wszelkimi szczegółami o jednym z kolegów, który w ten sam sposób nabawił się choroby. W przedmiocie tym nadzwyczaj pożądana byłaby kazuistyka, którą gromadzić i zestawić jestem gotów, prosząc tylko o donoszenie mi o wszelkich spostrzeżeniach.

W przeciwieństwie do punktu właśnie omówionego uwagi godnym i częstokroć zdumiewającym jest fakt, niezawodnie dość znany, że nawet dłuższe i wielokrotne stykanie się lekarza z chorym, o ile się to nie dzieje w izbie zakażonej, nie jest zbyt niebezpieczne.

Ileż to razy koledzy u siebie w domu lub w szpitalu kilkakrotnie szczegółowo badają chorych, bądźto odrazu rozpoznając dur plamisty, bądźto dopiero z dalszego przebiegu dochodząc do tego rozpoznania, a jednak w żadnym z licznych tego rodzaju wydarzeń (w szpitalu powszechnym we Lwowie i w siedmiu powiatach politycznych) nie spostrzegałem sam żadnego przypadku zachorowania kolegi, o ile nie odwiedził chorego w roli lekarza delegowanego z urzędu do tłumienia epidemii, jakkolwiek oczywiście możliwość zakażenia w takich razach nie jest przecież wykluczona.

Z własnego doświadczenia niezawodnie wielu kolegów wie i potwierdzi, że chorzy na dur plamisty nieraz godzinami oczekują przybycia lekarza wśród innych chorych w domu lekarzy, w poczekalniach i w ambulatoryach szpitalnych i prywatnych lub w kuchni, gdzie ich, jako poważniej chorych, wszyscy otaczają szczególną pieczołowitością, a jednak nikt się tu nie zakaża, co zdaje się być poniekąd w sprzeczności ze znaną wysoką zakaźnością choroby.

W leczeniu lub w obserwacyi miałem kilku kolegów i wiele osób z inteligencyi, które nabawiały się choroby, odwiedzając chorych bądźto z obowiązku zawodowego, bądźto z ciekawości lub z miłosierdzia. A jednak nie zdarzyło mi się ani razu, by od tych osób z inteligencyi zaraził się ktokolwiek z najbliższego otoczenia mimo ciągłego stykania się z chorymi, pielęgnowania ich, dźwigania i przenoszenia do kąpieli lub przy prześcielaniu. W takich razach jednak zakażenie jest niezawodnie możliwe i tu znowu pożądane byłoby gromadzenie kazuistyki.

W lepszych szpitalach obecnych zakażenie się personalu, zajętego pielęgnowaniem i obsługą chorych, należy do rzadkości, co z naciskiem podnosi także Nicolle. Wprawdzie sam spostrzegałem kilka przypadków zachorowania Sióstr miłosierdzia i służby szpitalnej, lecz są to istotnie rzeczy wyjątkowe. Natomiast w Samołuskowcach (powiatu husiatyńskiego) w czasie epidemii duru plamistego z Sióstr służebniczek zachorowały te wszystkie, które odwiedzały chorych włościan w ich chatach, a nie zachorowały inne, które zajęte były gospodarstwem domowem, a później pielęgnowaniem towarzyszek, chorych na dur plamisty.

Przypomnę jeszcze jedno spostrzeżenie uwagi godne, mianowicie, że do wielkich rzadkości należy zakażenie się

duchowieństwa. Ja sam nie widziałem ani jednego wydarzenia tego rodzaju, mimo że księża zachodzili także do chat najuboższych i najnędzniejszych. Samo się tu nasuwa przypuszczenie, że do pewnego stopnia ochronę od przenosicielek zarazka (pcheł) stanowią tu buty z cholewami i długa sutanna. A jednak znowu zaznaczam, że zakażenia są w tych razach możliwe i muszą się wydarzać.

W dyskusyi kol. Piotrowski przytoczył dwa śmiertelne przypadki zachorowania księży.

Wreszcie przedstawiam nowe spostrzeżenie, przemawiające za przypuszczeniem mojem, że pchły są głównemi przenosicielkami zarazka. W ostatnim czasie starałem się obznajomić szczegółowo z rozwojem, trybem i warunkami życia tych owadów, aby na podstawie tych wiadomości dążyć skuteczniej, aniżeli dotychczas, do ich wytępienia, a temsamem do rychlejszego stłumienia epidemii.

Z każdego podręcznika szkolnego dowiadujemy się, że pchły wylęgają się w nieczystościach, piasku, kurzu i śmieciach na podłodze i w jej szczelinach. Z lekarskiego stanowiska o owadach jako przenośnikach chorób wyczerpująco traktuje dzieło Göldiego. (Prof. Dr E. A. Göldi: Die sanitarisch patholog. Bedeutung der Insekten und verwandten Gliedertiere, namentlich als Krankheits-Erreger und Krankheitsüberträger, 1913).

Pchła domowa (pulex irritans), owad, spokrewniony z muchami, z rzędu dwuskrzydłych (diptera) o skrzydłach zanikłych, w czasie swego rozwoju podlega przemianie (czyli metamorfozie) zupełnej. Z jajeczka wylęga się długa, beznoga, robaczkowata gąsieniczka czyli liszka, zamieniająca się później w pozornie martwą, nieruchomą poczwarkę, która wreszcie po tym okresie odrętwienia przeistacza się w owad dojrzały, czyli doskonały. Pchła ta żyje jako pasożyt zewnętrzny na człowieku, a inne odmiany na różnych zwierzętach (psach, kotach, szczurach, bobakach i t. d.). Rola ich w przenoszeniu dżumy zdaje się być pewnikiem. Narząd pyszczkowy pchły przystosowany jest do kłucia i ssania. Samiczki składają jajeczka na skórze lub na ubraniu, jajeczka stąd spadają na podłogę i dalszy rozwój odbywa się w kurzu i nieczystościach podłogi i jej szczelin. Gąsieniczki z jajeczek wylęgłe, czyli liszki, żywią się odpadkami organicznymi, jakie tu znajdują.

W braku pożywienia pchły odbywają nieraz rojami dalekie wędrówki, co w epidemiologii chorób, ewentualnie przez nie przenoszonych, może przedstawiać czynnik wagi pierwszorzędnej.

Wesz głowia (pediculus capitis) i ubraniowa (p. vestimenti) żyje w różnych odmianach na człowieku i na zwierzętach. Z jaj ich, znanych pod nazwą gnid, wylęgają się młode, które nie podlegają żadnemu przeobrażeniu; rozwój odbywa się tu w całości na miejscu.

Pluskwa przechodzi okres przemiany (metamorfozy) niezwykle długi, wynoszący według Göldiego aż do rozwoju owada dojrzałego około 11 miesięcy. Pluskwa napastuje człowieka, względnie zwierzęta w porze nocnej, nakłuwając skórę ryjkiem i wysysając krew zapomocą ssawki.

Wychodząc z założenia, że pchły są przenosicielami zarazka duru plamistego i uprzytomniając sobie, że znaczny okres rozwoju odbywają na podłodze i w jej szczelinach, wywnioskowałem stąd łatwy sposób ich wytępienia. Dawniej zdążałem do tego celu, zalecając stosowanie proszków przeciw owadom, co jednak w rzeczywistości wykonywano tylko w domach inteligentniejszych i zamożniejszych. Obecnie wyrozumowałem teoretycznie, że łatwiej i pewniej osiągnąć ten cel można przez częste odkażanie podłogi zwyczajnie używanymi środkami odkażającymi, jak wapnem, karbolem, lysolem, kreoliną i t. p., zdążając w ten sposób do zniszczenia liszek, a temsamem do zapobieżenia rozmnażaniu się owadów.

W tym czasie (w lecie 1913 r.) przewlekała się właśnie epidemia duru plamistego w Dobrohostowie. Poleciłem wówczas żandarmowi (eksponowanemu z powodu epidemii w tej gminie) dopilnowanie, by w nowych domach zakażonych od chwili zgłoszenia chorych przez służbę wywiadowczą, utworzoną z dziesiętników, podłogi z ziemi ubite w sieniach i w izbach bielono co drugi dzień wapnem, a podłogi drewniane zmywano równie często wodą karbolową lub gorącym ługiem.

Żandarm eksponowany polecenie to, którego cel mu wyłuszczyłem, wykonał nietylko ściśle, lecz nawet przesadnie, bo z wyjątkiem niedziel codziennie zarządzał wykonanie tego zabiegu przez domowników, których do tego bądźto nakłaniano prośbą, bądź zachęcano, zapisując kwitki na środki żywności, na co się lud wszędzie bardzo łakomi, a czem równocześnie osiąga się także skutek nadzwyczaj pożądany, że choroby nigdzie nie tają, lecz że chorych bardzo wcześnie zgłaszają.

Skutek był nadspodziewanie efektowny i przewyższył wszelkie oczekiwania, potwierdzając w ten sposób wnioski teoretyczne. Miałem zamiar w domach zakażonych zlokalizować chorobę w ten sposób, by osoby wstępujące do nich, nie roznosiły jej dalej i nie stwarzały nowych ognisk chorobowych, a osiągnąłem znacznie więcej, albowiem w ostatnich sześciu domach, w ten sposób traktowanych, chorowało tylko po jednej osobie i nikt więcej z domowników nie zachorował, mimo, że wspólnie z każdym chorym w izbach zakażonych przebywało stale 4 do 8 osób (prócz chorych). Epidemia, ciągnąca się od kilku miesięcy, wygasła zupełnie w ciągu paru tygodni.

Tego samego sposobu z tym samym pomyślnym i efektownym zamierzonym skutkiem użyłem następnie w jednym domu w Dobrowlanach bezzwłocznie po wystąpieniu obfitej wysypki wybroczynowej i sprawdzeniu rodzaju choroby wspólnie z dwoma kolegami, później w ten sam sposób i w tych samych warunkach w Borysławiu, a wreszcie w b. r. w Kropiwniku Nowym. W każdym z domów zakażonych chorowało tylko po jednej osobie.

Z doświadczenia tego wynika »ex juvantibus«, że głównemi przenosicielkami zarazka są pchły, ponieważ przez uniemożliwienie im rozwoju i rozmnażania się udawało się stłumić ogniska chorobowe i epidemie.

Uprzytomniając sobie, że przecież pozostają owady rozwinięte dojrzałe, choćby w niewielkiej ilości, możnaby stąd snuć wnioski dalsze, że mikrob nieznany przebywa może pewne okresy rozwoju w pchłach i że tylko w pewnych okresach swego rozwoju jest zakaźny, lecz nie chcąc zajść zbyt daleko, dochodzę raczej do wniosku ostrożniejszego, mianowicie: ponieważ materyał obserwacyjny jest jeszcze zbyt szczupły, przeto przedstawiając sprawę, proszę o wszechstronne stosowanie tego prostego i taniego sposobu i zawiadamianie mnie o wyniku swych spostrzeżeń lub ogłaszanie ich samodzielne, z tem, żebyśmy wobec ważności sprawy mogli ją omówić i przedyskutować szczegółowo na najbliższym naszym zjeździe.

Na podstawie powyższego streszczam rzecz w następujących wnioskach:

1. Nieznany dotychczas zarazek duru plamistego przenosi się w naturze z osoby na osobę skutkiem podskórnego zaszczepienia przez owady.

2. Nicolle i jego współpracownicy na podstawie doświadczeń dochodzą do wniosku, że jednym z takich przenośników mogą być wszy.

3. Nieprawdopodobną wydaje się dalsza część wniosków tego badacza, że owady te są **wyłącznym** czynnikiem w przenoszeniu zarazy.

4. Prawdopodobnie najważniejszą rolę odgrywają w tem pchły, a może tylko okolicznościowo i wyjątkowo możliwe jest przeniesienie jadu także za pośrednictwem innych owadów, jak wszy. Pluskiew nikt dotychczas o to nie pomawia.

5. Niemniej doświadczenia Nicollea i współpracowników mają znaczenie doniosłe, ponieważ rzucają sporo świa-

tła na epidemiologię duru plamistego i wskazują drogi, jakiemi powinny iść dalsze doświadczenia i badania.

6. Czy owady wymienione przenoszą zarazek jako mechaniczne zanieczyszczenie narządów pyszczkowych nakłuwających, czy też zarazek w ustroju owadów odbywa jakie odrębne okresy rozwoju i przemiany, tak jak zarazek zimnicy — nie wiadomo wobec tego, że nie znamy zarazka *).

Teoretycznie można wyobrazić sobie i przypuścić kombinacyę obydwu tych sposobów, tak, że zarazek może się rozwijać i rozmnażać częściowo i czasowo drogą płciową, a częściowo bezpłciową i że w takim razie może on być przeniesiony na człowieka lub zwierzę, raz jako mechaniczne zanieczyszczenie pyszczka owadów w sposób, podobny do przenoszenia krowianki ospowej zapomocą lancetu pod skórę, a innym razem przed przeniesieniem na człowieka może w ustroju owadu-przenośnika odbyć pewne okresy rozwoju i przeobrażenia z rozmnażaniem się płciowem, analogicznie, jak w zimnicy schizonty we krwi ludzkiej przedstawiają okres rozwoju bezpłciowego, a mikrogamety i makrogamety w komarach widliszach okres rozwoju płciowego.

7. Przy sposobności nadmieniam, że w podobny sposób jak dur plamisty, szerzą się prawdopodobnie także inne choroby zakaźne wysypkowe, a przedewszystkiem także ospa.

8. Wreszcie zdaje się, że częste odkażanie podłogi w domach zakażonych, mające na celu wytępienie gąsieniczek czyli liszek pcheł, według doświadczeń dotychczasowych przyczynia się w znakomitej mierze do stłumienia ognisk chorobowych i epidemii. Stwierdzenie szczegółu tego w większej liczbie przypadków przemawiałoby niewątpliwie na korzyść przypuszczenia, że pchły są głównemi, jeżeli nie wyłącznemi przenosicielkami zarazka.

9. Zresztą, czy te lub owe owady odgrywają tu rolę przeważną lub wyłączną, pozostaje do wyjaśnienia na podstawie obserwacyi i badań dalszych. Na razie w praktyce należy wykonywać to, co jest skuteczne, bo ponad wszelkie teoretyczne rozumowania stoi lek, środek lub sposób, który okaże się pomocnym.

*) Dodatkowo nadmieniam, że prof. Lewaszow opisuje w r. z. jako swoistego pasorzyta duru osutkowego ziarenkowca pod nazwą »coccobacillus exanthematicus«, którego hodowle miały udać się całkowicie (Prof. Lewaszow: O pasorzytach duru osutkowego, Russkij Wracz, 1914 Nr 4 i 5 według referatu Gilewicza w »Przegl. lek.«, 1914, Nr 15).

W sprawie mleczywa w Krakowie.

Jako kierownik rządowego Zakładu badania środków żywności w Krakowie, wniosłem d. 30. grudnia 1913. w sprawie mleczywa do Prezydyum miasta Krakowa następujące pismo:

»Według spostrzeżeń tutejszego Zakładu, opartych na licznych analizach chemicznych, przychodzi do Krakowa codziennie wiele mleka, zafałszowanego bądź przez częściowe podebranie śmietanki, bądź przez dodatek wody, czasami zaprawionego sodą. Zawartość wody w badanych mlekach dochodziła niejednokrotnie do 40%, a nawet wyżej, przeciętnie wahała się około 10%. Dostarczane do Krakowa mleko bywa nader często brudne, zanieczyszczone obornikiem, słomą i zawiera nieraz, zwłaszcza pod jesień, niezliczone ilości much. Blaszanki, w których mleko nadchodzi, są nietylko zewnątrz utrzymane nader niedbale, ale i wewnątrz brudne, niepobielane, a nawet mocno zardzewiałe. Uszczelnienie ich pozostawia zaś zbyt często wiele do życzenia; używane w tym celu gumy rzadko kiedy bywają oczyszczane, zawierają na swej powierzchni wielką ilość podeschłego i rozkładającego się mleka. Zamiast gumy używa się do uszczelnienia blaszanek zbyt często słomy, starych papierów, a nawet szmat. W tym stanie nadchodzące do Krakowa mleko nie przedstawia odpowiedniego dla ludzi środka spożywczego, musi budzić wśród szerszych warstw ludności wstręt do używania mleka, przedstawia wiele ujemnych własności pod względem higienicznym i wogóle zdrowotnym. Przez zafałszowanie tracą w nim konsumenci właściwe składniki odżywcze, a płacąc za wodę, jak za mleko, bywają poszkodowani ekonomicznie.

Stwierdzenie powyższych ujemnych i nierzetelnych własności mleka możliwe jest zbyt często dopiero na drodze umiejętnej i szczegółowej analizy, opartej na porównaniu z wynikami rozbiorów prób mleka niewątpliwie rzetelnego, prób, pobranych pod fachową kontrolą w oborach, z których mleko bywa dostarczane do miasta, przy t. zw. próbie stajennej. Bez możności porównywania mleka, sprzedawanego w mieście, z mlekiem, pobranem przy próbach stajennych, musi analityk przepuszczać wiele mlek, jako dopuszczalne do targu i rzekomo normalne, mimo że z wyniku szczegółowej analizy nabrał przekonania, iż z danemi mlekami wykonywano jakieś nierzetelne manipulacye, za mało zaś nabył pewności, by przekonanie to należycie obronić. Możność zaś porównywania mlek, dostarczanych do miasta, z mlekiem, pobranem w oborach, nabiera tem większego znaczenia, jeżeli się zważy, że w żadnej dziedzinie handlu produktami spożywczymi nie odbywa się tak często umiejętne fałszerstwo, wytrzymujące krytykę przeciętnej oceny, jak na polu handlu mlekiem. Przepuszczanie więc tych nader licznych, bo codziennych wyrafinowanych fałszerstw przez kontrolę nie dość ścisłą i umiejętną, a w ocenie pobieżną, wyhodowuje tylko coraz liczniejszych fałszerzy z wielką szkodą dla ludności miejskiej.

Obecny stan handlu mlekiem w Krakowie, przedstawiający się pod względem spożywczym i higienicznym tak niekorzystnie, wytworzył się niewątpliwie w następstwie ilościowo niedostatecznej i w ocenie łagodnej kontroli. Stan ten wymaga w interesie konsumentów miejskich rychłej naprawy. By jednak naprawa

Emanatoryum radowe
a la JOACHIMSTAL 232
w LUBIENIU koło Lwowa.
Najsilniejsze wody siarczane w Europie, leczą znakomicie nawet zupełnie zastarzałe **reumatyzmy, artretyzmy, ischiasy, porażenia, nerwobóle, zgrubienia po złamaniach i zwichnięciach, gruźlicze zapalenia stawów i okostnej** i wszelkie choroby skorne.
Inhalacyami systemu Dr Bullinga leczą się wszelkie choroby nosa, gardła, krtani i płuc.
Aparatami gimnastycznymi «Zandera» usuwa się wszelkie zesztywnienia pozapalne i z powodu artretyzmu, otyłość i niedomogi serca.
Röntgenoterapia specyalnie w chorobach skórnych i kobiecych.
Łazienki centralnie ogrzane, mieszkania z piecami. — Zakład elektrycznie oświetlony. Czas kąpielowy trwa od 10 maja do 1 października, podzielony na trzy sezony. W I. i III. sezonie dla biednych znaczne opusty. — Stacya kolejowa, poczta, telegraf, telefon międzymiastowy, apteka publiczna w miejscu.
Dwóch lekarzy: zakładowy **Dr Ignacy Mazanek** i wolnopraktykujący **Dr Roman Klęsk.**
Wszelkich objaśnień udziela Zarząd kąpielowy

KRYNICA Dr Stanisław Flaschen
ordynuje jak zwykle Willa „Gwiazda“.
138

129 **PENSYONAT LECZNICZY**
Szczawnica Dra Rudolfa Hammerschlaga
od 20 maja do końca września.
Prospekty i bliższe wiadomości na żądanie.

W Szczawnicy
ordynuje jak zwykle jako lekarz zakładowy
Dr Kalikst Włyński
(przez zimę lek. klim. w Arco). 286

ta dała się uskutecznić siłami wyłącznie miejskiemi, jest rzeczą więcej, niż wątpliwą, wobec powyższego przedstawienia zasad racyonalnej kontroli i braku podstaw prawnych do podejmowania prób stajennych poza obrębem miasta przez organa miejskie. Bez czynnego współudziału organów i instytucyi rządowej, powołanej do umiejętnego czuwania nad żywnością, należytego zorganizowania i przeprowadzenia racyonalnej kontroli nad mleczywem w Krakowie trudno sobie wyobrazić. Zorganizowanie i przeprowadzenie takiej kontroli wymaga wytrwałego i konsekwentnego planowego postępowania, pracy rozłożonej na lata, wymaga szczególniejszego oddania się sprawie kontroli mleczywa. Czy w tym kierunku będzie mógł Magistrat poświęcić dostateczną ilość sił fachowych, oddanych szczególnie sprawie kontroli mleka? Pytanie takie przy rozważaniu sprawy racyonalnej i umiejętnej kontroli należy również postawić.

W przekonaniu, że zorganizowanie i przeprowadzenie należytej kontroli nad mleczywem, dostarczanem do Krakowa, przechodzi możność już choćby tylko prawną miasta, zwraca się podpisany kierownik Zakładu do Świetnego Prezydyum z propozycyą objęcia przez Zakład organizacyi kontroli mleka w Krakowie, wykonywania analiz prób mleka, pobranych przez Zakład w zastępstwie Magistratu, jakoteż prób, pobranych pod kierunkiem Zakładu przez miejskie organa targowe. Analizy te byłyby (z zastrzeżeniem uzyskać się mającego u Ministerstwa spraw wewnętrznych jako władzy przełożonej Zakładu zezwolenia) bezpłatnie wykonywane dla miasta, natomiast obowiązek Magistratu wobec Zakładu polegałby na dostarczaniu w dniach poprzednio oznaczyć się mających miejskich organów kontrolnych, któreby według wskazówek Zakładu obowiązane były pobierać próby mleka i wynikłe stąd zarządzenia wykonywać we własnym zakresie działania. Przeprowadzenie umiejętnej kontroli w myśl zasad austryackiego kodeksu żywnościowego odbywałoby się tak, by producentów mleka przyzwyczaić stopniowo do zaostrzonej kontroli«.

Na powyższe pismo nie otrzymał Zakład państwowy do tej pory odpowiedzi. Należałoby się spodziewać, że miejski Urząd zdrowia, do którego zakresu działania należy również dbałość nad żywnością w interesie ogólnozdrowotnym, ze swej strony przyczyni się do szybkiego załatwienia odnośnej propozycyi kierownika Zakładu państwowego, a tem samem do jedynie odpowiedniego nadzoru nad mleczywem w Krakowie. Dr L. Bier.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 20. V. b. r. posiedzenie, na którem Dr Wachtel przedstawił chorych leczonych w klinice medycznej szczepionkami Friedmanna, a Dr Blay i Doc Nitsch przypadek drożdżycy (blastomycosis). W dyskusyach przemawiali prym. Borzęcki, prof. Ciechanowski i Reiss, doc. Latkowski i Nitsch, Dr Blassberg, Hirsch i Schöngut. W dyskusyi nad szczepionkami Friedmanna oświadczono się jednomyślnie przeciw stosowaniu tego środka.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę dnia 27. maja 1914 w domu Towarzystwa (Radziwiłłowska 4) o godz. 6 wieczorem.** Na porządku dziennym: 1) Demonstracye chorych z kliniki prof. Rosnera. 2) Odczyt: »O działaniu niewidzialnych, krótkofalistych promieni światła na narząd wzrokowy«, kol. Kleczkowski. 3) »O nowych badaniach nad lokalizacyą w korze mózgowej«, kol. Rose.

HUNYADI JÁNOS
GORZKA WODA NATURALNA
NAJLEPSZY ŚRODEK CZYSZCZĄCY
ZWRACAĆ UWAGĘ NA FIRMĘ ANDREAS SAXLEHNER NA KAŻDEJ ETYKIECIE

NATURALNA SÓL SZPRUDLA jest jedynie prawdziwą solą KARLSBADU
Zastrzega się przed falsyfikatami 147

Szczawa Krondorfska uznana za najlepszą i naturalną
Najlepsze skutki w nieżytach żołądka i pęcherza, jakoteż dróg oddechowych. 205
Prospekty rozsyła na żądanie Brunnen-Unternehmung Krondorf bei Karlsbad lub też Generalna reprezentacya dla Galicyi i Bukowiny, Kraków, Grodzka 48. Lwów, Sykstuska 31.

Dr WŁADYSŁAW KLUGER b. Asystent kliniki chorób wewnętrznych Uniw. Jagiel. ordynuje jak lat ubiegłych 285
w MARYENBADZIE, Dom „Stadt Hannover" Kirchenplatz.

Dr M. Wachnianin ordynuje jak ubiegłych lat od maja w KARLSBADZIE
dom »Goldener Löwe« naprzeciw Kurhausu. 243

Dr Józef LIEBESKIND
MARYENBAD, Dom „Kronprinz".

Karlsbad 194 Dr med. ADAM MACIĄG
b. asystent c. k. kliniki chorób wewn. Uniw. Jagiel.
ordynuje jak lat ubiegłych
Dom »KRONENAPOTHEKE« (przy Mühlbrunie).

IWONICZ 285 Dr STAUBER
ordynuje
jak zwykle od 20 maja.

Dr MAKSYMILIAN 284 FUCHS ordynuje jak dawniej
w Badenie (pod Wiedniem) ul. Renngasse 6.

MATTONIEGO SÓL MUŁOWA

z leczniczego mułu - Soos pod Franzensbadem. :: Naturalne zastępstwo kąpieli mułowych w domu. Zastosowanie podług przepisu lekarskiego. Żądać zawsze MATTONIEGO SOLI MUŁOWEJ.

KARLSBAD Dr W. Maleszewski
b. Asyst. Kliniki krakowskiej
ordynuje jak dawniej „Haus Nastopil".
O otwarciu własnego
SANATORIUM (PENSION MÉDICALE-DIÉTÉTIQUE)
wyjdą osobne oznajmienia. 288

KRYNICA 136 Pensyonat i Zakład leczniczy Dr. E. ZARZYCKIEGO
od maja do października. — Wodolecznictwo na miejscu. — Żądać prospektów.

Rok LIII. Kraków, dnia 30 maja 1914. Nr 22

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

II. ZJAZDOWI LEKARZY PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO, ZEBRANEMU W LUBLINIE W CZTERDZIESTĄ ROCZNICĘ ZAŁOŻENIA TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LUBELSKIEGO, ZESZYT TEN SKŁADA REDAKCYA.

Gdy przed laty kilku narodziła się myśl stworzenia Zjazdów lekarzy prowincyonalnych Królestwa Polskiego, niejedna budziła się obawa, może nawet wśród tych, którzy pierwsi zamysł ten powzięli. Czy Zjazdy takie nie przyniosą szkody naszym Zjazdom ogólnym? Czy próba nie za śmiała, zwłaszcza tak rychło po zawierusze, która głęboko wstrząsnęła krajem i utrudniła spokojną pracę naukową, zda się na długo? A jeśli pokona się trudności, które nie są małe, czy nie zjawią się nagłe przeszkody? Jeśli pierwsza próba się uda, czy rzecz zdoła się na przyszłość utrzymać?

Poważne to były obawy i troski, bo też i zamiar nie małej był wagi. Powoli, stopniowo, skupiały się szczupłe zrazu grona lekarzy prowincyonalnych, mozolnie, krok po kroku, wytyczając drogę zbiorowej pracy naukowej, budząc umysły z tragicznej martwoty, która przed pół wiekiem zaciążyła nad całem społeczeństwem. Powoli, cierpliwie, snuć musiały Towarzystwa lekarskie prowincyonalne dziesiątkami lat każde swoją przędzę, zanim dało się rozpocząć wiązanie tej przędzy w nici wspólne. I znowu upływa kilkanaście lat żmudnej, ofiarnej pracy założycieli »Czasopisma lekarskiego«, by wszystkie nici złączyć w jedno pasmo nauki i postępu. Przychodziło sprawdzić, czy pasmo dość silnie oplotło całą rzeszę rozproszonych przedtem pracowników, przychodziło odważyć się z niem na szczyty. Jeśli zbyt słabe, jeśli próby nie wytrzyma, to owoc tyloletniej pracy może rozprysnąć się znowu, a iluż znów wysiłków trzeba będzie, by od początku na nowo wszystko wiązać, o ileż dłuższych lat, nim zatrze się gorycz rozczarowania i wskrześnie energia zniechęconych rozbitków.

Ale pierwsza próba powiodła się szczęśliwie. Trzy lata temu pierwszy Zjazd lekarzy prowincyonalnych, nad wszelkie spodziewanie liczny, szczerym zapałem naukowym tętniący, bogaty plonem, dowiódł, że na wykończanie dzieła nie było zawcześnie, wątpiących przekonał, przekonanych pokrzepił, dodał bodźca i przysporzył nadziei. Obaw wszelkich jednak jeszcze nie rozprószył; rozpoczętej rzeczy dokonać, w działaniu wytrwać tylekroć już nie umieliśmy.

Więc skoro dziś i ta obawa mija, witajmyż ten drugi Zjazd tem serdeczniej, jako pomyślną zapowiedź na przyszłość, jako zadatek oby nieprzerwanego szeregu Zjazdów prowincyonalnych w Królestwie, a zachętę do podobnych zjazdów z tej strony kordonu.

W zebraniu się Zjazdu właśnie w tym roku w Lublinie leży piękna i głębsza idea. Ten Zjazd, to jakby nagroda dla Lubelskiego Towarzystwa lekarskiego, które jedno z pierwszych kładło podwaliny pod pracę dzisiejszą, i któremu dziś Zjazd, jak pracowici żeńcy, pod stopy ściele złoty snop: »Patrz, oto z Twego siewu!«

Czemuż z pierwszych siewców i pierwszych ich towarzyszy jeden już tylko tej chwili i tej nagrody doczekał! Nie pozostało więcej z licznego grona najstarszych członków Towarzystwa, które już z końcem pierwszego roku dosięgło liczby 64 czynnych, 9 korespondentów. Przodownikami byli założyciele: lekarze Ignacy Chrzanowski, Maurycy Ciechoński, Henryk Downar, Gustaw Doliński, Feliks Głogowski (pierwszy wiceprezes), Aleksander Janiszewski, Michał Jankowski, Adam Jentys, Julian Kwaśniewski (pierwszy prezes), Adam Pankiewicz, Edmund Sachs, Ludwik Schmidt, Tomasz Surzycki, Józef Talko (pierwszy sekretarz), Benjamin Tetz, Józef Ulanowski, Tomasz Żyliński i aptekarze: Lucyan Czerwiński, Otto Mazurkiewicz, Russyan (pierwszy skarbnik), Różański, Szulc, Szmierstein. To grono założycieli szło też

w pierwszem dwudziestoleciu Towarzystwa na czele jego prac, a przedewszystkiem górowali w niem wiedzą, zaletami umysłu i charakteru Janiszewski, Głogowski, Surzycki, Kuszelewski, Downar i Tetz. Znaleźli oni godnych siebie następców, z których najzasłużeńszym jest Aleksander Jaworowski, gorliwy pracownik na stanowiskach wiceprezesa, bibliotekarza (przez lat 12), obrany dwukrotnie prezesem i mianowany przez Towarzystwo lubelskie, jedyny wśród miejscowych lekarzy, członkiem honorowym. Oprócz niego przewodniczyli Towarzystwu w ciągu lat 40: Kwaśniewski, Janiszewski (dwukrotnie), Głogowski, Eligiusz Kuszelewski, Władysław Tołwiński i Stanisław Dobrucki.

W pierwszej dobie prac Towarzystwa nie było jeszcze wśród lekarzy zróżniczkowania specyalności, ale wyrazem, że Towarzystwo starało się pogłębić znajomość poszczególnych działów, było już wtedy zarysowywanie się ich w działalności niektórych członków Towarzystwa. I tak głównie z zakresu medycyny wewnętrznej przedstawiali w Towarzystwie prace Doliński, Głogowski, Janiszewski, Olechnowicz, Żyliński, z chirurgii Jankowski, Janiszewski, Talko, Zagórski, z ginekologii Schmidt i Jaworowski, z okulistyki Głogowski i Talko, z pedyatryi Jaworowski, z antropologii Olechnowicz, z zakresu społecznego Doliński. W drugiem dwudziestoleciu na pierwsze miejsce wysunęła się w Towarzystwie chirurgia (Czerwiński, Dobrucki, Majewski, Zagórski), obok tego jednak poważnie przedstawia się medycyna wewnętrzna (Arnsztejn, Dziewiszek, Rudzki), neurologia (Chodźko, Biernacki), dermatologia (Jaczewski), higiena i antropologia (Tołwiński). Do r. 1891 wydawało Towarzystwo własne roczniki, w których ukazywały się prace członków Towarzystwa; potem roczniki z powodów językowych przestały wychodzić, a prace swoje ogłaszało Towarzystwo w czasopismach lekarskich polskich (Gazeta lekarska, Medycyna, Przegląd lekarski, łódzkie Czasopismo lekarskie).

Obok pracy naukowej działało Towarzystwo lubelskie gorliwie na polu społeczno-lekarskiem i społeczno-higienicznem: stworzyło kasę wsparcia dla wdów i sierot po lekarzach; bezpłatne ambulatoryum dla ubogich chorych przy szpitalu św. Wincentego; filię warszawskiego Towarzystwa higienicznego; komisyę przemysłowo-lekarską dla popierania swojskiego przemysłu, która działała bardzo gorliwie i skutecznie. W r. 1902 poruszyło Towarzystwo myśl utworzenia szpitala dziecięcego w Lublinie, która to myśl w ostatnich latach zrealizowana została dzięki fundacyi hojnych ofiarodawców. Dopiero w roku 1905 wraz z zamarciem ruchu umysłowego w całym kraju pod wpływem wypadków, podupadła i praca w Towarzystwie lekarskiem lubelskiem; jak cały kraj, po ciosach, które przeszedł, mogło Towarzystwo dopiero około r. 1910 podźwignąć się i zwolna nanowo wprowadzić swą działalność na prawidłowe tory, doprowadzając liczbę członków obecnie do 43 czynnych i 20 korespondentów.

Nie daje to krótkie wyliczenie obrazu pięknej historyi Towarzystwa, które ma niejedną chlubną kartę, bo nieraz pierwsze w kraju dawało wyraz postępom nauk lekarskich, a pracami swych członków dobrze się zapisało w naszem piśmiennictwie. Ale obok tych wszystkich zasług, sercom naszym i sercom naszych następców będzie jedna zasługa szczególnie zawsze droga. Lekarze lubelscy przed pół wiekiem jedni z pierwszych jęli się odbudowy, gdy wszystko zdało się już tylko gruzem i ruiną. Hołd ówczesnym dzwonnikom nadziei, i ich następcom, za »Vivos voco«! c.

Uwagi ogólne o stanach gorączkowych przewlekłych ukrytego pochodzenia

napisał

Dr Władysław Biegański.

Że gorączka stanowi tylko objaw choroby, że jest następstwem rozmaitych spraw patologicznych bądź ogólnych, bądź umiejscowionych gdziekolwiek w ustroju, uważamy już od dość dawna za prawdę, której przeczyć nie można. Minęły bezpowrotnie czasy, kiedy stwierdzenie gorączki najzupełniej wystarczało dla myślącego lekarza i kiedy cały wysiłek jego umysłu był skierowany tylko na bliższe scharakteryzowanie stwierdzonej gorączki, przez towarzyszące jej objawy. Jeszcze patologia XVIII w. opisywała cały szereg postaci chorobowych klinicznych pod nazwami: febris nervosa, sthenica, asthenica, putrida, rheumatica, gastrica, petechialis i t. p., gdzie właściwe jądro, istotę sprawy upatrywano w gorączce. Dopiero anatomia patologiczna utrwaliła przekonanie, że gorączka, jak wszystkie zaburzenia patologiczne funkcyi, jest zjawiskiem pochodnem, następstwem pierwotnych anatomo-patologicznych zmian w tkankach. Nawet kierunek etyologiczny, który się ujawnił w naszej nauce wraz z rozwojem bakteryologii na schyłku XIX w. i sięgał do dalszych przyczyn, do źródła owych zmian anatomo-patologicznych, nie zmienił w niczem tego przekonania, lecz przeciwnie, jeszcze mocniej je ugruntował. Dziś nie możemy nawet zrozumieć stanowiska naszych poprzedników i w przekonaniu o objawowym charakterze gorączki widzimy wyraz naturalnego biegu naszej myśli, która szuka zawsze przyczyn dla spostrzeżonych zjawisk. Jak każdy człowiek na widok dymu kojarzy go natychmiast z wyobrażeniem ognia i zadaje sobie mimowoli pytanie, gdzie i co się pali, tak i lekarz, stwierdzający u chorego gorączkę, wiąże ją w myśli ze zmianami patologicznemi, odbywającemi się w ustroju i pyta się, co za sprawa gorączkę wywołuje i gdzie się w ustroju usadawia.

Nasza współczesna dyagnostyka lekarska pozwala nam w większości przypadków dość łatwo pytania te rozstrzygnąć. Stwierdzając przy pomocy znanych metod rozpoznawania jakiekolwiek ognisko zapalne lub ogólne zakażenie całego ustroju w pewnej ściśle określonej postaci klinicznej, czynimy zadość odczuwanej przez nas intelektualnej potrzebie wyjaśnienia, wytłómaczenia gorączki. Bywają jednak przypadki, w których nawet bardzo szczegółowe badanie kliniczne nie zdoła odkryć miejscowych lub ogólnych zmian, wywołujących gorączkę. Niepowodzenia te bynajmniej nie wzruszają naszego zasadniczego przeko-

nania; i wtedy nawet ani na chwilę nie wątpimy, że zmiany takie istnieją, nasze zaś niepowodzenia w rozpoznawaniu przypisujemy niedostatecznemu udoskonaleniu metod dyagnostycznych. Doświadczenie zwykle potwierdza słuszność tego poglądu, gdyż przy dalszej obserwacyi poszukiwane zmiany prędzej czy później ujawniają się bądź jeszcze podczas przebiegu choroby, bądź dopiero przy oględzinach pośmiertnych.

Wśród spraw niedostępnych lub trudno dostępnych dla naszego rozpoznawania, należy z klinicznego punktu widzenia odróżniać sprawy niedostatecznie rozwinięte od spraw rozwiniętych, ale ukrytych, niedostatecznie ujawniających się. Do pierwszego działu należą wszystkie początkowe okresy chorób ogólnych lub umiejscowionych. Tutaj trudności rozpoznawcze są tylko czasowe; w miarę, jak zmiany chorobowe dosięgają dostatecznego stopnia rozwoju, ich rozpoznawanie staje się dostępne, nawet mniej lub więcej łatwe. W drugim dziale czas i okres chorobowy nie rozstrzygają o rozpoznaniu; mamy tu do czynienia ze sprawami rozwiniętemi, lecz ze względu na głębokie i ukryte ich usadowienie dla badania klinicznego niedostępnemi.

Ten własnie ostatni dział jest przedmiotem obecnej konferencyi. Chodzi mianowicie o stany gorączkowe, mniej lub więcej przewlekłe, lub często powtarzające się, których źródło jest ukryte, nie wywołujące wyraźnych objawów klinicznych. Jakie sprawy patologiczne do tego działu należą? Pytanie to stawiamy przedewszystkiem, gdyż od jego rozstrzygnięcia zależy cała nasza oryentacya dyagnostyczna. Tylko dokładna wiedza, z czem w tych przypadkach możemy mieć do czynienia, zdoła skierować nasze poszukiwania na odpowiednie tory i przyczynić się do ustanowienia trafnego rozpoznania.

Rozpatrzmy więc kolejno te sprawy w krótkim, najogólniejszym ich zarysie, pozostawiając wszelkie szczegóły następnym referentom. Na pierwszym planie musimy tu postawić stany gorączkowe, występujące nieraz przy ropieniu, usadowionem w zatokach nosowych. Gorączka w tych przypadkach występuje zwykle w postaci nieprawidłowych okresów, powtarzających się dość często i trwających od kilku dni do kilku tygodni. Każdy okres gorączkowy zaczyna się od dość wysokiego wzniesienia ciepłoty (do 39⁰ lub wyżej); po kilku dniach gorączka się zmniejsza, przybiera typ zwalniający lub nawet przestankowy z rannymi spadkami, 36,5⁰—37·3⁰ i wieczornemi nasileniami do 38⁰ i w tej postaci trwać może kilka tygodni. Towarzyszą jej bardzo często bóle w stawach bez wyraźnego ich obrzmienia, mocne ogólne rozłamanie, skłonność do potów i różycowate wysypki (erythema), gęsto rozsiane i usadowione najczęściej na przedramionach i goleniach. Częstym towarzyszem tych okresów gorączkowych jest także mniej lub więcej wyraźny białkomocz.

Ponieważ przewlekłe sprawy ropne w zatokach nosowych mogą przebiegać nieraz zupełnie skrycie i oprócz pozornie niewinnego nieżytu nosa mogą nie sprawiać żadnych podmiotowych objawów, przeto tego rodzaju stany gorączkowe bywają najczęściej mylnie rozpoznawane jako gościec lub grypa. Dopiero powtarzające się napady gorączki nasuwają wątpliwość co do pierwotnego rozpoznania i zmuszają do poszukiwania innego ich źródła. Ważną wskazówką rozpoznawczą może tu być długotrwały nieżyt nosa i zatkanie dróg nosowych: jeżeli objawy te spotykamy przy powtarzających się stanach gorączkowych niepewnego pochodzenia, należy zawsze poddać dokładnemu badaniu nos i jego zatoki.

Z kolei przechodzimy do ukrytej sprawy ropnej w migdałkach. Zdarza się nieraz, że po przebytem zapaleniu gardła mieszkowem (angina follicularis, lacunaris) chorzy nie wracają do zupełnego zdrowia, lecz ciągle gorączkują. Gorączka niema tu wielkiego natężenia, waha się w granicach pomiędzy 36,8⁰—37,8⁰ z rannymi spadkami i wieczornemi nasileniami. Chorzy przytem wyglądają wyraźnie niedokrwisto i uskarżają się na ogólne niedomaganie, nie odczuwając żadnego określonego bólu. Szczegółowe badanie nie wykrywa żadnych zmian w ustroju; w gardle niema wyraźnego zaczerwienienia, niema również bólu przy połykaniu. Jedynie obydwa lub jeden z migdałków jest nieco powiększony, obrzmiały. Tymczasem gorączka o powyżej wskazanym typie trwa w ciągu całych tygodni, budzi rozmaite przypuszczenia i ostatecznie okazuje się, że jej źródłem są drobne czopy ropne, usadowione głęboko w zagłębieniach powiększonego migdałka.

Wspomnieć tutaj jeszcze muszę, że zapalenie migdałków mieszkowe lub nawet nieżytowe bywa dość często punktem wyjścia ogólnych zakażeń. Drobnoustroje (gronkowce, paciorkowce, rzadziej dwoinki zapalenia płuc) z zajętych zapaleniem migdałków przedostają się drogami chłonnemi do gruczołów podszczękowych lub szyjnych głębokich i mogą wywołać zapalne ich obrzmienie. Obrzmieniu temu towarzyszy zwykle gorączka niewielkiego natężenia o typie nieprawidłowym, trwająca nieraz do dwóch tygodni. Jest to t. zw. gorączka gruczołowa, spotykana dość często u dzieci, rzadziej u dorosłych.

W innych przypadkach te same drobnoustroje z gruczołów chłonnych przechodzą do obiegu krwi i wywołują ogólne zakażenie, które przebiega w rozmaitych postaciach klinicznych. Raz ujawnia się jako ostry gościec stawowy z powikłaniami lub bez powikłań, innym razem występuje na pierwszy plan podostrawe, łagodne zapalenie wsierdzia; nakoniec zdarzają się przypadki, gdzie uogólnione zakażenie przybiera przebieg bardzo poważny. Zapalenie wsierdzia występuje wtedy w postaci ciężkiej, septycznej, gorączka nieprawidłowa trwa w ciągu całych miesięcy, zjawiają się w rozmaitych narządach zatory, białkomocz, i choroba ostatecznie doprowadza do zejścia śmiertelnego. Wspominam o tych powikłaniach dlatego, że niektóre ich postacie przebiegają skrycie i ujawniają się tylko gorączką; związek więc ich z przebytem zapaleniem gardła może być ważną wskazówką rozpoznawczą i może skierować nasze rozpoznanie na właściwe tory.

Idąc zwyczajem dawnych autorów w kierunku anatomicznym »a capite ad calcem«, na trzeciem miejscu postawić musimy skryte ogniska gruźlicze w płucach. Wiadomo powszechnie, że drobne ogniska gruźlicze, jeżeli są usadowione głęboko w tkance płucnej, mogą nie sprawiać żadnych objawów fizycznych, cała zaś sprawa ujawnia się w objawach ogólnych, mianowicie w gorączce i upadku odżywienia. Gorączka w tych przypadkach nie miewa wielkiego natężenia i przebiega najczęściej torem przestankowym o spadkach rannych do 36⁰ i nasileniach popołudniowych i wieczornych, wahających się pomiędzy 37,2⁰

do 38°. Skłonność do potów i dość szybki spadek wagi ciała zwykle jej towarzyszą.

Bardzo częstem źródłem przewlekłych gorączek jest sprawa gruźlicza, usadowiona w gruczołach chłonnych tchawiczno-oskrzelowych, spotykana przeważnie u dzieci, rzadziej u dorosłych. Gorączka ma tu także niewielkie natężenie, ciepłota waha się pomiędzy 36,8° i 38°; od gorączki przy ukrytej gruźlicy płuc różni się tem, że nie przedstawia tak znacznych rannych spadków. Niema również w tej sprawie skłonności do potów i tak szybkiego wychudzenia. Gorączki w tej postaci są bardzo uporczywe, trwają bez zmiany nieraz w ciągu całych miesięcy. Wyjątkowo mogą się tu zdarzyć przypadki o typie gorączek okresowych. Każdy taki okres trwa od 10 dni do dwóch tygodni; natężenie gorączki w pierwszych dniach bywa dość znaczne, ciepłota sięga nieraz do 39°, potem zwolna opada i do końca okresu waha się pomiędzy 36,5°—38°. Napad okresowy gorączki wybucha zwykle po przeziębieniu, towarzyszy mu ostry nieżyt tchawicy, rzadziej oskrzeli, niewielkiego natężenia. Okresy takie powtarzają się dość często, czterokrotnie lub pięciokrotnie w ciągu jednej zimy i są oddzielone od siebie zupełnie bezgorączkowemi przerwami.

Wspomnieć tu także muszę o gorączce, której źródłem jest skrycie przebiegające zapalenie wsierdzia. Taki skryty przebieg miewa zwłaszcza ponowne zapalenie wsierdzia przy istniejącej już wadzie zastawkowej. Wtedy charakter dawnego szmeru najczęściej wcale nie ulega zmianie, rozszerzenie komór i przesunięcie uderzenia końca serca niezawsze dadzą się z całą pewnością stwierdzić, a przyspieszenie tętna możemy przypisać wpływowi gorączki. Słowem, nie znajdujemy tu żadnego objawu, któryby bezwzględnie przemawiał za ponownem zapaleniem wsierdzia. Dlatego też obecność gorączki przy istniejącej starej wadzie zastawkowej budzi często poważne refleksye i lekarz przez długi czas pozostaje niezdecydowanym co do jej źródła.

Nietylko ponowne, ale i pierwotne zapalenie wsierdzia może przebiegać skrycie; lekki podmuchowy szmer przy koniuszku serca może ujść uwagi albo może być przyjęty za szmer funkcyonalny pochodzenia gorączkowego lub anemicznego; wobec zaś braku innych objawów wyjaśnienie gorączki nastręcza w tych przypadkach poważne wątpliwości. Znam przypadki zapalenia wsierdzia, które były rozpoznawane jako dur brzuszny, skryta gruźlica płuc lub zimnica. Gorączka przy skrytem zapaleniu wsierdzia ma przebieg bardzo nieprawidłowy, nie można tu zauważyć żadnego wyraźnego typu. W jej przebiegu zdarzają się nagłe, krótko trwające wzniesienia ciepłoty o znacznem nasileniu, to znów kilkodniowe lub dłuższe spadki, podczas których ciepłota nie przekracza 37·5°. Dodać jeszcze winienem, że chorzy w tej chorobie zaczynają bardzo wcześnie wyglądać blado, mocno niedokrwiście, co prawdopodobnie zależy więcej od skurczu naczyń obwodowych, aniżeli od rzeczywistej niedokrwistości. Wspominam tutaj o tem, gdyż okoliczność ta sama przez się może zwrócić uwagę lekarza na właściwe źródło gorączki.

Przechodzimy obecnie do spraw, usadowionych w jamie brzusznej. Na pierwszym planie postawić tu musimy sprawy zakaźne dróg żółciowych, zwłaszcza pęcherzyka żółciowego w związku z kamieniami lub bez nich. Sprawy te najczęściej wywołują cały szereg wyraźnych klinicznych objawów, mianowicie: napady kolki wątrobowej, wyczuwalne obrzmienie i bolesność pęcherzyka żółciowego, rzadziej obrzmienie całej wątroby i żółtaczkę. Zdarzają się jednak przypadki, gdzie objawy występują w sposób niewyraźny lub gdzie ich wcale niema; wtedy jedynym wyraźnym objawem choroby jest gorączka. Gorączka w tych sprawach ma zawsze charakter przestankowy, to też dawniejsi klinicyści stosowali do niej nazwę: febris intermittens hepatica. Każdy napad zaczyna się od wyraźnego dreszczu, trwa niedługo, kilka lub kilkanaście godzin, i kończy się obfitymi potami. Natężenie gorączki bywa rozmaite; najwyższa ciepłota w napadach dosięga od 38·5°—40·5°. Napady występują w rozmaitych okresach czasu, niekiedy codziennie, w innych zaś przypadkach co kilka lub kilkanaście dni.

Podobny typ gorączki spotykamy także przy sprawach ropnych w trzustce, które nieraz towarzyszą ropnemu zakażeniu dróg żółciowych i ze względu na swoje głębokie usadowienie sprawiają poważne trudności rozpoznawcze.

Źródłem przewlekłych i nieprawidłowych gorączek bywa jeszcze zapalenie wyrostka robaczkowego i wywołane przez nie ograniczone ropienia w otaczającej jamie otrzewnej; sprawy te mogą nieraz przebiegać skrycie, nie znajdujemy wtedy ani wyraźnego guza w okolicy kiszki ślepej, ani nawet wybitnego odczynu bólowego na ucisk w okolicy biodrowej prawej. Jedynie gorączka niewielkiego zwykle natężenia i o typie bardzo nieprawidłowym świadczy, że gdzieś w ustroju odbywa się jakaś sprawa zapalna. Pewną wskazówkę rozpoznawczą dać nam mogą dokładnie zebrane wywiady, gdyż przewlekłe, skrycie przebiegające zapalenie wyrostka robaczkowego zaczyna się dość często wyraźnie umiejscowionym bólem i wymiotami lub też bóle takie powtarzają się kilkakrotnie w przebiegu choroby. Badanie krwi oraz próbne głębokie wlewania przez odbytnicę ostatecznie o rozpoznaniu rozstrzygają, o czem zresztą mówić będzie jeden z referentów.

Stany przewlekłe gorączkowe rozmaitego natężenia najczęściej o typie okresowym może wywoływać jeszcze zapalenie miedniczek nerkowych. Rozpoznanie tej sprawy nie jest trudne, o ile nie omieszkamy zbadać w każdym takim przypadku mocz. Zdarzyć się jednak może przy jednostronnem zajęciu miedniczki i przy zaczopowaniu odpowiedniego moczowodu zgrzęzem ropnym, że jednorazowo zbadany mocz jest czysty, bez przymieszki ropy i składników morfologicznych; wtedy rozpoznanie źródła gorączki może być bardzo trudne. Ażeby uniknąć możliwych omyłek rozpoznawczych, należy przyjąć za zasadę, że mocz w przypadkach gorączki niejasnego pochodzenia powinien być badany ile możności często w rozmaitych odstępach czasu.

Nakoniec gorączka o najrozmaitszym typie może występować także przy sprawach ropnych w narządach płciowych kobiecych pochodzenia połogowego, wiewiórowego, rzadziej gruźliczego. Ponieważ sprawy te są głęboko ukryte, a objawy podmiotowe, wskazujące na ich siedzibę, mogą być niewyraźne, przeto odszukanie źródła gorączki w tych przypadkach może nastręczać nieraz wiele trudności.

Wszystkie wyliczone sprawy są pochodzenia zakaźnego,

bakteryjnego. W ogromnej większości przypadków spotykamy tu następujące drobnoustroje: gronkowce, paciorkowce, dwoinki zapalenia płuc, laseczniki okrężnicy, laseczniki gruźlicze. Wszystkie one należą do najbardziej rozpowszechnionych w przyrodzie gatunków bakteryjnych: pierwsze cztery gatunki należą do stałych mieszkańców naszego ustroju, znajdujemy je bowiem stale na skórze (gronkowce, paciorkowce), na błonie śluzowej nosa, jamy ust i dróg oddechowych (gronkowce, paciorkowce i dwoinki zapalenia płuc), oraz na błonie śluzowej przewodu pokarmowego (gronkowce, paciorkowce i laseczniki okrężnicy). Co się tyczy lasecznikow gruźlicy, to jakkolwiek nie mają one charakteru saprofitycznego, jednakże spotyka się je tak powszechnie, zwłaszcza przy większych skupieniach ludzi, że ustrój nasz ma prawie zawsze z nimi do czynienia. Jest więc rzeczą możliwą, że laseczniki gruźlicze przedostają się niepostrzeżenie do ustroju i drzemią tam w tkankach, zwłaszcza w gruczołach chłonnych przez czas dłuższy, aż jakieś ogólne zaburzenie równowagi ustroju nie zmniejszy jego odporności i nie wywoła wybuchu choroby. A zatem wszystkie powyżej wyliczone sprawy powstają przeważnie, jeżeli nie zawsze, na drodze samozakażenia.

Rozpoznawanie tych spraw wymaga od nas usilnej i bardzo uważnej pracy myśli. Przedewszystkiem wywiady powinny być zbierane bardzo skrzętnie, gdyż dostarczyć nam mogą cennych wskazówek rozpoznawczych. Jeżeli dowiemy się, że w najbliższem otoczeniu chorego jest osobnik, który oddawna kaszle lub u którego stwierdzono już przewlekłą postać gruźlicy płuc, to nasza uwaga powinna być zwrócona w pierwszym rzędzie na szczyty płuc i na gruczoły okołooskrzelowe. Jeżeli przewlekła gorączka wystąpiła wkrótce po ostrem zapaleniu gardła, to jej źródła szukać będziemy w sercu, badając ten narząd często i bardzo uważnie. Gdy gorączkę poprzedzał długotrwały i uporczywy nieżyt nosa, pomyśleć powinniśmy o ropieniu w zatokach nosowych. Również stwierdzone przez wywiady w okresie poprzedzającym gorączkę napady kolki wątrobowej lub nerkowej powinny kierować naszą uwagę w stronę pęcherzyka żółciowego lub miedniczek nerkowych. Taksamo związek przewlekłej gorączki z przebytym połogiem, poronieniem lub poślubnymi stosunkami płciowymi zmusza nas do poszukiwania jej źródła w narządach płciowych. Słowem skrzętnie zebrane wywiady mogą sprowadzić nasze badanie na właściwe tory. Nadmienić bowiem musimy, że trudności rozpoznawcze w tych sprawach nieraz nietyle zależą od braku objawów, ile od ich nieuwzględnienia, od ich, że tak powiem, przeoczenia przy badaniu.

Nigdzie systematyczne myślenie niema tyle wagi, co w rozpoznawaniu ukrytego źródła gorączek przewlekłych. Do rozpoznania dochodzimy tu najczęściej przy pośrednictwie metody wyłączania, a metoda ta wtedy tylko dać może pewne wyniki, jeżeli ją stosujemy systematycznie, uwzględniając wszystkie możliwe w danym przypadku sprawy. Należy więc przedewszystkiem uświadomić sobie dokładnie, z jakiemi sprawami w tych przypadkach możemy mieć do czynienia, a następnie należy wyłączać kolejno wszystkie te sprawy, które się z badanym obrazem klinicznym nie zgadzają. Wyłączamy je zaś przy pomocy znanych metod rozpoznawczych. Dyagnostyka lekarska w ostatniem dziesięcioleciu uczyniła znaczne postępy w rozpoznawaniu ukrytych spraw patologicznych; radyografia, ulepszone metody badania fizycznego, badanie krwi oraz swoiste metody odczynowe pozwalają nam dziś odkrywać takie zmiany, które dawniej dla naszego badania były zupełnie niedostępne. O tych postępach naszej wiedzy dyagnostycznej w zakresie omawianych przez nas spraw mówić będą szczegółowo następni referenci, nasze zadanie ogranicza się tylko do uwag ogólnych.

Na zakończenie niniejszej pracy omówić jeszcze muszę ważniejsze omyłki, jakie lekarze-praktycy popełniają przy rozpoznawaniu gorączek przewlekłych ukrytego pochodzenia. Błędy rozpoznawcze są częstokroć więcej pouczające, aniżeli opisy trafnych rozpoznań, pobudzają bowiem do krytycznych rozważań i uczą ostrożności w rozpoznawaniu. Najczęstsza omyłka polega na upatrywaniu w tych gorączkach zakażenia zimniczego. Zwłaszcza gorączki o torze przestankowym lub mocno zwalniającym podlegają najłatwiej podobnemu mylnemu rozpoznawaniu. Jeżeli lekarz stwierdza obecność takiej gorączki i jeżeli przy zwykłem badaniu fizycznem nie znajduje wyraźnych zmian patologicznych w ustroju, to mimowoli nasuwa mu się myśl rozpoznania zimnicy. Rozpoznanie to nabiera pozornej pewności, jeżeli uda się jeszcze stwierdzić opukiwaniem lub wymacywaniem powiększoną śledzionę. A jednak nie potrzebuję chyba dowodzić, że nie można na takich podstawach zakładać rozpoznania zimnicy. Gorączka przestankowa lub zwalniająca występuje przy najrozmaitszych sprawach zakaźnych, również obrzmienie śledziony nie jest objawem, wyłącznie spotykanym przy zimnicy. Tylko w tych przypadkach, gdzie spotykamy w napadach gorączkowych wyraźny tor trzeciaczkowy lub czwartaczkowy, rozpoznanie zimnicy na podstawie gorączki i powiększenia śledziony może być wystarczające, prawdopodobne gdzie zaś takiego wyraźnego typu gorączki niema, dyagnoza zakażenia zimniczego powinna być stawiana tylko wtedy, gdy badanie krwi wykrywa obecność plazmodyów zimniczych.

Innego rodzaju błąd rozpoznawczy popełniamy, jeżeli gorączki przewlekłe skrytego pochodzenia bierzemy za gościec pierwotny ze względu na dość często spotykane w tych przypadkach bóle w stawach. Gościec stawowy i t. zw. stany gośćcowe (reumatoidy) nie stanowią etyologicznie określonego gatunku chorobowego, lecz skupienie objawów klinicznych, które może występować przy najrozmaitszych sprawach zakaźnych. To też rozpoznanie gośćca stawowego bynajmniej nie wyczerpuje całego zadania, trzeba jeszcze wykazać jego pochodzenie, a przynajmniej na ten punkt należy zawsze zwracać baczną uwagę. Gościec stawowy, a zwłaszcza t. zw. stany gośćcowe mogą występować w sposób wtórny przy jakiemkolwiek stałem ognisku zapalnem. Widywałem powtarzające się okresowo stany gośćcowe z gorączkowym przebiegiem przy ropieniu w zatokach nosowych, przy zapaleniu przewodów żółciowych i pęcherzyka żółciowego, przy ropniaku jajowodu i t. p. ukrytych sprawach patologicznych. Gdyby więc lekarz w tych przypadkach poprzestał na rozpoznaniu gośćca, nie uwzględniając źródła i pochodzenia objawów gośćcowych, to popełniłby poważny błąd rozpoznawczy. Za zasadę przyjąć należy, że tam, gdzie spotykamy mniej lub więcej wyraźne objawy

gośćcowe z gorączkowym przebiegiem, zwłaszcza powtarzające się, powinniśmy zawsze szukać ukrytego pierwotnego ogniska.

Jakkolwiek dziwnem się to wydać może, jest jednak faktem, że gorączki przewlekłe ukrytego pochodzenia brane bywają nieraz za blednicę. Wspominałem już, że przy stanach gorączkowych pochodzenia migdałkowego, przy skrytem zapaleniu wsierdzia, chorzy wyglądają bardzo niedokrwiście, woskowo-blado. Tosamo spotykamy także przy skrycie przebiegającej gruźlicy płuc, na co już Sokołowski zwracał uwagę. Otóż jeżeli podobne objawy znajdujemy u młodych dziewcząt, to mimowoli powstaje myśl, że mamy do czynienia z blednicą. Nieznaczna gorączka, jaka w tych przypadkach występuje, może albo ujść zupełnie uwagi lekarza, albo przypisywana jest blednicy, w naszej bowiem literaturze tuła się jeszcze pogląd, że blednica, jakkolwiek rzadko, może mieć jednak przebieg gorączkowy. Pogląd ten nie jest uzasadniony; jestem przekonany, że wszystkie opisywane w literaturze przypadki blednicy z przebiegiem gorączkowym polegają na mylnem rozpoznaniu i należą do skrycie przebiegających zakażeń.

Nakoniec w pewnych przypadkach uporczywych przewlekłych gorączek lekarze skłonni są upatrywać nerwowe, suggestyjne ich pochodzenie. Zdarza się to zwłaszcza w gorączkach minimalnego natężenia, nie przekraczających zwykle 37,5°, a uporczywie trwających w ciągu miesięcy całych, jak to spotykamy n. p. przy gruźlicy gruczołów okołooskrzelowych. W tych przypadkach ciągłe mierzenie ciepłoty oraz obawa przed gorączką doprowadzają chorych do wielkiego zdenerwowania. Toteż sam nieraz stwierdzałem fakt, że jeżeli uspokoimy chorego co do znaczenia jego gorączki i zabronimy mu dalszego mierzenia ciepłoty, to gorączka w niedługim czasie znika i ogólny stan chorego znakomicie się poprawia. Czy jednak fakty podobne dowodzą, że stwierdzona przez nas poprzednio gorączka była pochodzenia suggestyjnego? Otóż mnie się zdaje, że takiego wniosku wysnuwać nie powinniśmy. Gruźlica gruczołowa należy do spraw względnie łagodnych i kończy się nieraz pomyślnie bez wszelkiego leczenia. Niepokój i zdenerwowanie mogą niewątpliwie przeszkadzać pomyślnemu jej zejściu. Stąd, usuwając przyczynę zdenerwowania, wpływamy w sposób dodatni na przebieg sprawy gruczołowej i pośrednio na gorączkę.

Kiedy wolno uważać gorączkę za objaw skrytej gruźlicy płuc*)

napisał

Dr Seweryn Sterling (Łódź).

Na podejrzenie skrycie przebiegającej gruźlicy płuc naprowadzić mogą dwa typy krzywej ciepłoty ciała:

a) wahania niewielkie ciepłoty, przy objawach niedomagania (phthisis pulmon. chronica, incipiens, occulta) i

b) znaczne podniesienie ciepłoty, właściwe chorobom zakaźnym ostrym (phthisis pulmon. acuta, occulta).

Zacznijmy od sprawy częstszej: od stwierdzenia niewielkich wahań i podejrzenia suchot przewlekłych.

Pierwszą troską lekarza być musi sprawdzenie, o ile odpowiada w danym przypadku wymaganiom ścisłości sama technika pomiarów ciepłoty.

Polecając bowiem systematyczne mierzenie ciepłoty, pamiętać trzeba o szczegółach następujących:

1. Termometr, jeśli ma wykazać niewielkie poruszenia ciepłoty, musi być dokładny. Polecać należy używanie termometrów t. zw. szpitalnych, długich (18 cm); ten typ jest trwalszy, tańszy i wygodniejszy od t. zw. termometrów lekarskich, przeznaczonych do noszenia w kieszeni. Do sprawdzania termometrów maksymalnych, w szpitalu przynajmniej, używa się t. zw. termometru normalnego**).

2. Chorzy, będący pod obserwacyą, mierzyć powinni ciepłotę conajmniej po cztery razy dziennie. Przed pomiarem musi chory leżeć spokojnie przez pół godziny. Tyczy się to zastrzeżenie szczególnie dzieci.

3. Mierzyć ciepłotę, w danym razie, jest najwygodniej pod pachą.

Dla mierzenia w odbycie wypada się bardzo obnażać; a przecież niejeden chory, nawet w łóżku leżący, nie zmierzy ciepłoty w odbycie w obecności drugiej osoby; trudniej jest odosobnić się choremu nie leżącemu.

Mierzenia pod językiem zaniechano prawie powszechnie, ponieważ wynik zależy tu od stanu atmosfery, ciepłoty spożytych pokarmów i t. p.

W odbycie mierzyć polecamy dzieciom pod warunkiem, by dziecko przed pomiarem conajmniej godzinę nie biegało. Na podniesienie ciepłoty w odbycie wpływa nietylko ruch, ale czasem także i fermentacye jelitowe. Starcom zawsze w odbycie ciepłotę mierzyć trzeba.

4. Mierząc pod pachą, wstawiamy — choremu leżącemu — termometr rezerwoarem rtęciowym w najwyższe miejsce pachy, pozostawiając termometr w tem położeniu przez cały czas trwania mierzenia (zob. rys. 1 i 2).



Rys. 1. Termometr odpowiednio założony.

5. Trzymać w tem położeniu należy termometr przez minut dziesięć; po tym czasie wyjąć, odczytać i ponownie

*) Podług odczytu, zgłoszonego na II Zjazd lekarzy prowincyonalnych Królestwa Polskiego w Lublinie, w cyklu: »Postępy w rozpoznawaniu i leczeniu spraw gorączkowych o pochodzeniu ukrytem (t. zw. kryptogenetycznych)«.

**) Nabyć można w firmie R. Fuess (Berlin — Steglitz) za cenę 19 marek. Badane termometry, pogrążone — wraz z t. zw. normalnym — w wodzie (lub, lepiej, w rtęci), wstawiamy w naczynie, zawierające zły przewodnik ciepła (n. p. oliwę) i ogrzewamy (najlepiej w cieplarce) do 37°—38° C.



Rys. 2 Termometr niewłaściwie założony.

założyć termometr na dwie minuty. Jeśli słup rtęci się więcej nie podnosi, mierzenie uważać za ukończone; gdyby się podniósł, należy termometr założyć ponownie na dwie minuty, postępując w ten sposób dopóty, dopóki dwa kolejne mierzenia nie wskażą tego samego poziomu rtęci *).

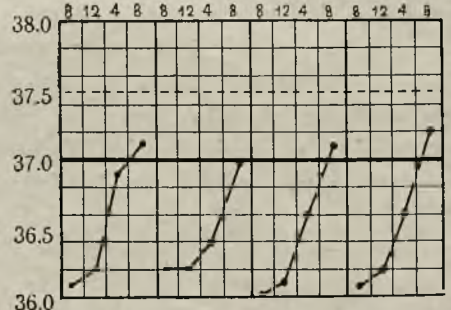
6. Jakkolwiek ścisłej granicy między ciepłotą ciała prawidłową a podgorączkową określić niepodobna (jak niepodobna ściśle odgraniczyć wogóle stanów patologicznych od normalnych), większość podręczników dyagnostyki lekarskiej podaje, że dzienne popołudniowe maximum dochodzi u dzieci zdrowych (do lat 15) do 37·4°, u dorosłych do 36·9°, a nawet do 37·1° pod pachą. Rzecz prosta, że te cyfry mają wartość względną, a ciepłotę 37·4° tylko wówczas uważać wolno jeszcze za prawidłową, jeśli współcześnie nie stwierdzamy żadnych innych objawów gorączki. Poza tem gra tu rolę i minimum ciepłoty dziennej, czyli wysokość wahań dziennych: wahanie przechodzące 1° C. należy uważać za objaw gorączkowy. Ale też za gorączkową uważać trzeba ciepłotę, której minimum i maximum leżą blizko siebie, mianowicie przy maximum prawidłowem, jeśli spostrzegamy i inne objawy gorączki.

Ciepłota w odbycie bywa o 0·2° do 1° C. wyższą, niż pod pachą (a u starców o 2° i 3° C.).

Typy wahań ciepłoty, jakie naprowadzają na podejrzenie skrytej przewlekłej gruźlicy płuc, bywają rozmaite:

I. Maximum wieczorne nie przekracza poziomu prawidłowego; wahania jednak dzienne przenoszą 1° C. (rys. 3).

Fig. 3.

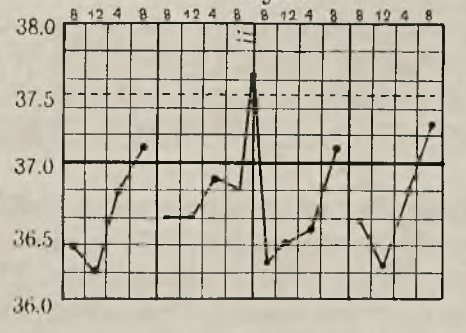


Ryc. 3. Wahania ciepłoty u chłopca lat 12, mierzonej pod pachą, u którego w następstwie rozwinęły się objawy kliniczne suchot płuc.

Ten sposób kreślenia krzywej ciepłoty ma dwie zalety: 1) mówi wyraźnie o charakterze wahań ciepłoty w ciągu jednego dnia; 2) przypomina, że mierzono ciepłotę jedynie we dnie.

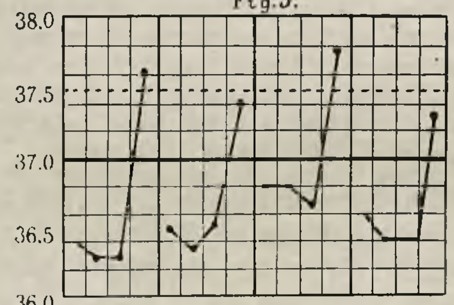
Jeśli zdarzy się zmierzyć ciepłotę i w nocy, natenczas uwidoczniamy to w ten sposób:

Fig. 4.



II. Maximum wieczorne przechodzi poziom prawidłowy:

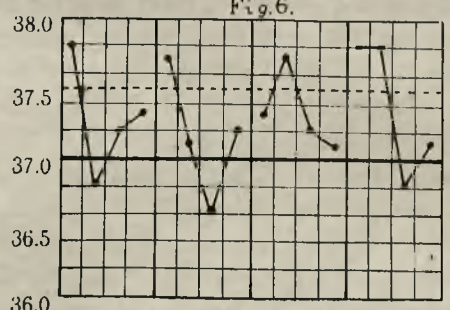
Fig. 5.



Ryc. 5. Wahania ciepłoty, mierzonej pod pachą, u panny 23-letniej, poprzedzające o wiele miesięcy pierwsze objawy płucne suchot.

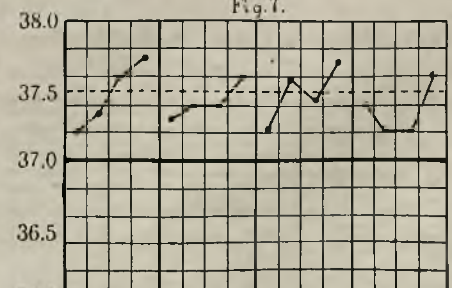
III. Maximum dzienne przypada na godzinę przedpołudniową:

Fig. 6.



IV. Ciepłota jest prawie stale nieco powyżej poziomu prawidłowego — przy niewielkich wahaniach codziennych *).

Fig. 7.

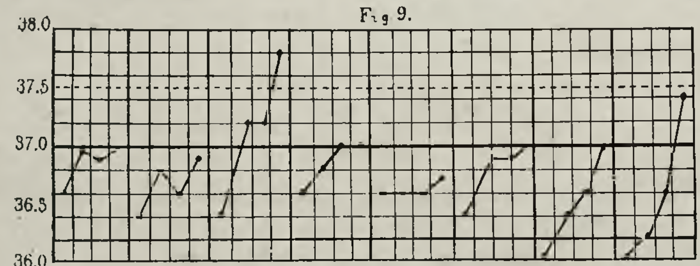


*) Termometr strząsany zaraz po mierzeniu (»na gorąco«) psuje się łatwo.

*) Wysokość wahań codziennych można też wyrazić, zna-

V. Podniesienie ciepłoty zdarza się jedynie co parę dni (lub rzadziej).

Fig. 9.



Cechą charakterystyczną stanu podgorączkowego przy gruźlicy jest chwiejność ciepłoty. Dosyć niewielkiego wysiłku (umycie się), by ciepłota się podniosła. Dlatego niekiedy wypada mierzyć ciepłotę bardzo często, n. p. co dwie godziny.

Na tem spostrzeżeniu oparto metodę rozpoznawczą, polegającą na tem, że przy podejrzeniu gruźlicy płuc poleca się choremu niegorączkującemu spacer godzinny; jeśli po tym spacerze ciepłota podniesie się więcej, niż o pół stopnia, przemawia to za gruźlicą. Podobny jednak wynik ruchu dłużej trwającego widujemy i przy innych cierpieniach, jako to: przy blednicy, wrzodzie żołądka, ukrytych ropieniach, zapaleniu miedniczek nerkowych.

Jednym z objawów tej chwiejności jest fakt podnoszenia się ciepłoty u kobiet gruźliczych przed, podczas lub po peryodzie; jakkolwiek nie jest to prawidłem, ale tam, gdzie ten objaw występuje, ma on znaczenie rozpoznawcze ważne (jeśli wyłączymy cierpienia zapalne przewlekłe miejscowe). Dlatego u kobiet nie należy mówić o braku gorączki, jeśli się nie obserwuje przynajmniej jednego okresu peryodu.

Jak wiadomo, podniesienie ciepłoty jest tylko jednym z objawów gorączki. Musimy więc, mówiąc o gorączce, jako objawie poczynającej się przewlekłej gruźlicy płuc, zwrócić uwagę i na inne jej cechy, zależne od zaburzeń w przemianie materyi, od wzmożonego rozpadu białka, zmian w krążeniu i oddychaniu, w składzie krwi i od zmian w czynnościach innych narządów.

Cechami klinicznemi tych, gorączce gruźliczej niewielkiego natężenia towarzyszących objawów, są: 1) skłonność do potów; 2) łatwe męczenie się i uczucie zmęczenia już w godzinach rannych; 3) brak łaknienia i dyspepsya; 4) suche pokaszliwanie i chrypka w czasie podniesionej ciepłoty; 5) spadek i chwiejność wagi ciała; 6) zmiana w usposobieniu chorego; 7) »bicie serca« napadowe; 8) bóle w klatce piersiowej; 9) zaburzenia w miesiączkowaniu.

Obecność większości podobnych objawów w przebiegu badań ciepłoty o powyżej wskazanym charakterze przemawia za gruźliczą etyologią spostrzeganej gorączki.

Szukając innych objawów różniczkowo-rozpoznawczych, uprzytomnić sobie musimy, jak obecnie wyobrażamy sobie patogenezę suchot płucnych.

Choroba tak przewlekła, jak są suchoty płucne, jest wieloletnią walką między ustrojem a zarazkiem.

Znakomita większość mieszkańców miast zaraża się gruźlicą w dzieciństwie. Skutki tego zarażenia są różne, zależnie od wieku dziecka i ilości zarazka. Zakażenie lasecznikiem Kocha w pierwszem dzieciństwie pociąga za sobą prawie zawsze rozwój gruźlicy śmiertelnej. Zakażenie dzieci starszych — rzadziej jest przyczyną choroby śmiertelnej; wywołuje ono objawy gruźlicy bardzo różnego natężenia: od choroby ciężkiej aż do zmian anatomicznych, a może tylko biologicznych, którym wogóle żadne objawy choroby nie towarzyszą. Im później — w okresie dzieciństwa — następuje zakażenie, tem — caeteris paribus — mniej ciężkie są objawy kliniczne, towarzyszące zmianom, przez laseczniki Kocha wywołanym [1]). Przebycie — chociażby nieznacznej — sprawy gruźliczej w dzieciństwie daje ustrojowi nowe właściwości oddziaływania na następne zarażenia. Podług jednych — ustrój nabywa odporności względnej; podług innych — przebyte zarażenie czyni jeden z narządów, mianowicie płuca, szczególnie wrażliwym na zarazki gruźlicze.

Suchoty płuc powstają albo dzięki nowemu wtargnięciu zarazka z zewnątrz, albo przez samozakażenie przerzutowe, z ognisk starych. Powstanie, przebieg, trwanie i zejście suchot zależy wtedy od: 1) chwilowego stanu odporności; 2) od ilości zarazka (wprowadzonego, czy uruchomionego).

Odporność nabyta (czy — szczególna wrażliwość płuc) dzięki przebyciu w dzieciństwie choroby (różnego natężenia) podlega wahaniom czasowym (n. p. zmienia się po odrze, grypie i t. p.); jest ona wogóle względna (masowa inwazya zarazka zawsze zwyciężyć może).

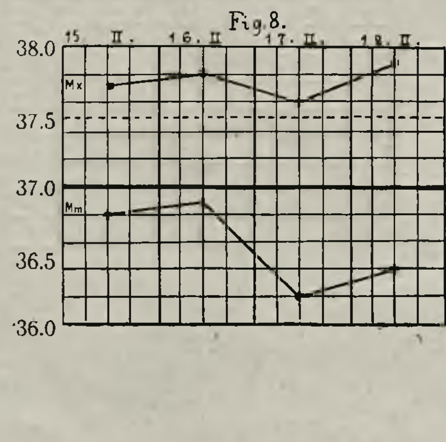
A zatem przebieg kliniczny gruźlicy tak sobie schematycznie przedstawić można: Lasecznik Kocha wywołuje w ustroju dziecięcym cierpienie różnego natężenia, uczulając przytem ustrój, t. j. dając mu odporność (względną) na zarażenia następne (lub czyniąc na nie wrażliwemi płuca). Po podgojeniu się, a nawet wygojeniu ognisk pierwotnych następuje »rozejm«, który trwa różnie długo, t. j. do chwili powstania warunków (osłabienie ustroju; wzmożenie zarazka), sprzyjających nawrotowi choroby klinicznie wygasłej (lub nowemu skokowi choroby pozornie tylko wygasłej, a w rzeczywistości tylko »podgojonej«). Na przebieg suchot przewlekłych, trwających nieraz lata bardzo długie, składają się kolejne okresy takich nawrotów i skoków (okres gruźlicy czynnej), przedzielonych rozejmami różnego trwania (okresy gruźlicy nieczynnej lub skrytej).

Otóż, mając podejrzenie poczynających się suchot płucnych, powiedzieć sobie musimy, że ten »początek« może

---

cząc na krzywej jedynie maxima i minima w ten sposób:

Fig. 8.



[1]) Ludzie dorośli, jeśli stykają się po raz pierwszy z zarazkiem, oddziałują tak, jak dzieci pierwszego okresu dzieciństwa.

być początkiem nawrotu choroby, która już jakieś ślady w ustroju zostawić mogła (anatomiczne i biologiczne). Często dokładnie zebrane wywiady naprowadzają na właściwą drogę nasze przypuszczenia. Wtedy badanie przedmiotowe wykryć może: powiększone gruczoły szyjne, nadobojczykowe, pachowe; blizny gruczołowe; obecność tuberkulidów skórnych; rozszerzenie drobnych żyłek skóry, głównie w okolicy nadłopatkowej i międzyłopatkowej. Dalej t. zw. habitus phthisicus (kościec wątły, mięśnie słabe, klatka piersiowa płaska i mało rozwinięta; żebra wązkie, bardzo nachylone ku przodowi; szyja długa; skóra cienka), który jest skutkiem zakażenia gruźliczego (czemu nie przeczy rozwój gruźlicy nawet u ludzi zbudowanych atletycznie); — zmiany klatki piersiowej, zależne od spraw włóknistych w płucach (wciągnięcie różnych okolic klatki piersiowej; powiększenie rozmiarów stłumienia sercowego lub jego przemieszczenie przez kurczące się zrosty).

Te zmiany świadczą o obecności zmian w płucach, najprawdopodobniej gruźliczych, zabliźnionych.

Ich udział w obrazie choroby w danej chwili spostrzeganej jest bardzo często wątpliwy; ale każde z tych ognisk może być domniemanem źródłem powstania podejrzewanego nawrotu choroby.

Podobne dane otrzymujemy zapomocą rentgenoskopii i rentgenografii. Tylko w nielicznych względnie przypadkach te metody rozwiązują pytanie, czy wśród zmian spostrzeżonych znajduje się ognisko w danej chwili czynne. (Jeśli rentgenogram w ręku doświadczonego rentgenologa da wyraźnie nowe ognisko, jest ono już tak posunięte w rozwoju, że i objawy ogólne niedwuznacznie zwykle świadczą o cierpieniu płuc, jakkolwiek siedzibę dokładną nowego ogniska wskaże niekiedy najpewniej rentgenolog). Najważniejsze, w sprawie nas obecnie zajmującej, zdjęcia szczytów płuc wcale nie zawsze dają odpowiedź wyraźną, a nawet dają nieraz mniej, niż opukiwanie n. p. przy obecności zmian tylko nieżytowych (bronchiolitis apicalis).

Różnica w ruchomości szczytów, łatwo dająca się sprawdzić przy rentgenoskopii, świadczy raczej o bliznach, niż o sprawie czynnej.

Niemniej w każdym przypadku, gdzie warunki na to pozwalają, badanie metodami rentgenologicznemi powinno być przeprowadzone, szczególniej u dzieci, u których — z łatwo zrozumiałych powodów — wynik badania daje najwięcej określone dane.

Metody biologiczne dają nam znów odpowiedź prawie wyłącznie stwierdzającą, czy dany osobnik zetknął się już kiedykolwiek z zarazkiem gruźlicy, czy też jest pod tym względem dziewiczy.

Tyle tylko daje stosowanie tuberkuliny podskórne, doskórne, naskórne. Na pytanie, czy w danej chwili w ustroju istnieje ognisko gruźlicze czynne, odpowiedzi nie daje.

Tuberkuliny podskórnie, metodą Kocha, w przypadkach gorączkowych wogóle stosować nie należy, bo odczyn dodatni ogólny wyrażać się ma właśnie przez wystąpienie podwyższenia ciepłoty; stosowanie zaś tuberkuliny w dawkach, któreby miały wywołać odczyn miejscowy (ograniczone przytłumienie, rzężenia, wzmożenie lub zjawienie się plwocin) jest połączone ze szkodą dla ustroju.

Badanie metodą Pirqueta (wzgl. Moro, Mantoux) rozwiązuje sprawę jedynie u dzieci małych; wtedy wynik dodatni mówi o czynnej świeżej gruźlicy. Już jednak u dzieci starszych, tem bardziej u ludzi dorosłych, temi metodami spraw czynnych od nieczynnych odróżnić nie można. Ale wartość rozpoznawczą metody Pirqueta (Moro) zmniejsza jej znikanie w przebiegu ciężkiej gruźlicy, lub w przebiegu niektórych chorób zakaźnych (odra, dur brzuszny, zapalenie płuc). Co jednak jeszcze ważniejsza, to fakt znikania tego odczynu w czasie poprzedzającym każdy nawrót, każdy skok choroby. Dlatego naogół tylko wynik dodatni jest tu przekonujący; ujemny — niczego nie przesądza.

Do metod biologiczno-rozpoznawczych należy wreszcie metoda Abderhaldena wykrywania we krwi chorych na gruźlicę zaczynów swoistych. I tą jednak metodą nie więcej dowieść możemy, niż przy pomocy tuberkuliny. W lżejszych przypadkach gruźlicy wykrywamy w surowicy krwi chorych zaczyny rozkładające białko lasecznikow gruźliczych; w posuniętych przypadkach — zaczyny rozkładające tkankę płucną gruźliczo zwyrodniałą. W obu razach dowodzi to tylko, że krew danego chorego, zetknąwszy się już raz z lasecznikiem gruźlicy lub tkanką płucną gruźliczą, wyrobiła w sobie zdolność rozkładania tych, obcych prawidłowemu swemu składowi substancyi białkowych. Jeśli dodamy, że przy charłactwie gruźliczem krew tych zaczynów nie wyrabia, więc, że wtedy metoda dializy odmawia usług — nie możemy (przy obecnym stanie tej sprawy) otrzymać metodą Abderhaldena (tak żmudną!) więcej, niż n. p. metodą Pirqueta.

Jak więc widzimy, kryptogenetyczną pozostaje często gorączka — w swej istocie gruźlicza, pomimo badań rentgenelogicznych i biologicznych, ponieważ nie daje nam odpowiedzi na pytanie (w chwili braku objawów klinicznych ogniskowych) rozstrzygające: czy istniejące zmiany biorą udział czynny w spostrzeganym obecnie epizodzie chorobowym, czy są tylko dowodem przeszłego zakażenia i istnienia zabliźnionego ogniska.

Szukając objawów klinicznych, któreby nas zbliżyły do rozpoznania, zwracamy uwagę na dłużej trwające suche pokaszliwanie, o którego istnienie trzeba chorego pytać, ponieważ często dopiero pytany uprzytomni sobie ten fakt; częściej o tem pokaszliwaniu wie więcej otoczenie, aniżeli sam chory. Ten zda sprawę z istnienia bólów i kłucia w klatce piersiowej, a zjawienie się krwioplucia jest, jak wiemy, objawem, który często chorego sprowadza do lekarza po raz pierwszy.

Za gruźliczem pochodzeniem gorączki przemawiają niektóre objawy ze strony układu naczyniowego: pewne zmiany we krwi, przyspieszenie względne tętna, obniżenie ciśnienia tętniczego.

We krwi w okresie tym, o którym tu stale mówimy, poczynającej się (lub nawracającej) gruźlicy przewlekłej spostrzegamy limfocytozę (jeśli przypadek jest od początku złośliwy, to limfocytozy niema, lub nawet występuje zwiększenie się ilości leukocytów neutrofilnych).

Względne przyspieszenie tętna jest objawem toksycznym, pozwalającym na dosyć pewne wnioski rozpoznawcze; jeśli — przy ciepłocie podgorączkowej — u osobnika, skądinąd dotąd zdrowego, tętno jest przyspieszone, n. p. jeśli przy ciepłocie 37·6° uderzeń tętna bywa 100 i więcej (lub w okresie bezgorączkowym uderzeń 96—100), naten-

czas — caeteris paribus — rozpoznanie przechyla się ku gruźlicy.

Również obniżone wyraźnie ciśnienie tętnicze (które radzę określać bardzo wygodnym i łatwym w użyciu oscyllometrem sfigmometrycznym Pachona), przy braku cierpień serca (stenosis mitralis) przemawia za gruźlicą. (Ciśnienie może być jednak nawet wyższem, niż normalne, jeśli obserwujemy chorego z włóknistą postacią suchot).

Jakie sprawy chorobowe wyłączyć różniczkowo wypadnie, kiedy objawy pozapłucne nasuną podejrzenie gruźlicy? Blednicę, zapalenie miedniczek nerkowych, zapalenie wyrostka robaczkowego przewlekłe, zapalenie wsierdzia podostrawe, sprawy gruczołowe, nowotwory, chorobę robaczą.

Blednicę odróżnić można z całą pewnością przez badanie składu krwi (czasem już odręcznie — przez wypuszczenie kropli krwi n. p. na białą chustkę; blednica zdradzi się ubóstwem barwika krwi). Zapalenie miedniczek nerkowych rozpoznajemy przez badanie moczu. Zapalenie wyrostka robaczkowego niełatwo rozpoznać; nie chcę tu podawać szczegółów rozpoznawczych, coby nas za daleko zaprowadziło; toż samo tyczy się i zapalenia wsierdzia, choroby niezbyt rzadkiej. Mówię o tych cierpieniach, by przypomnieć o konieczności ich wyłączenia różniczkowego, jeśli objawy gruźlicze nie są wyraźne.

O sprawach gruczołowych mówić ma inny referent, więc je tu pomijam.

Jeśli wysoka gorączka nasuwa podejrzenie, że pochodzi z ogniska gruźliczego, nie zdradzającego w danej chwili swego usadowienia się w płucach (phthisis pulm. acuta), natenczas najpewniejszym sprawdzianem naszego podejrzenia powinno być badanie rentgenologiczne. Nie chcę tu przytaczać szczegółów, dotyczących tego przedmiotu; tyle tylko powiem, że jest to dziedzina, w której mamy największy pożytek z rentgenologii, jeśli jest mowa o jej stosowaniu przy rozpoznawaniu gruźlicy płucnej. Najczęstszą bowiem postacią gruźlicy, której towarzyszyć może taka wysoka »kryptogenetyczna« gorączka, jest ostra gruźlica prosówkowa, która daje objawy miejscowe bardzo nieokreślone (osłabienie oddechu rozlane, duszność, sinica), pomimo trwania gorączki. Obraz natomiast rentgenograficzny jest wtedy wyraźny i ściśle określony. Innych postaci gruźlicy ostrej, rzadkich (n. p. typhobacillosis Landouzy, sepsis tuberculosa) przy pomocy rentgenologii nie rozpoznamy.

Przy różniczkowaniu pamiętać należy o trzech głównie sprawach: o durze brzusznym, posocznicy i zapaleniu wsierdzia wrzodziejącem.

Za durem brzusznym przemawiają: odczyn Widala, leukopenia we krwi (obecność odczynu dwuazowego w moczu zdarza się także przy gruźlicy) i tętno względnie zwolnione; za gruźlicą ostrą — duszność, sinica, tętno względnie przyspieszone, szybki upadek sił, nadczułość ogólna skóry i mięśni, odczyn urochromogenowy moczu.

Posocznicę, jak i zapalenie wsierdzia wrzodziejące rozpoznać można przez badanie bakteryologiczne krwi; ciepłota ma tu często charakter gorączki ropnej; przy zapaleniu wsierdzia mamy znane objawy ze strony narządu krążenia.

Rzadziej, ale przecież niekiedy, zdarzyć się mogą pomyłki rozpoznawcze, jeśli zapomnimy o wyłączeniu następnych spraw chorobowych, w których przebiegu dają się spostrzegać wysokie gorączki — bez ściśle określonego typu. Do takich cierpień zaliczyć trzeba: białaczkę, mięsaki, raki, przymiot złośliwy, włośnicę, wiewiór uogólniony, ciężką grypę.

W całym wykładzie powyższym miałem na względzie przypadki chorobowe, nie dające żadnych objawów klinicznych sprawy płucnej czynnej.

Gdybym miał tu poruszyć szczegółowo różniczkowanie objawów czynnych, znaczyłoby to wyłożyć całokształt dyagnostyki suchot płucnych. Ograniczyć się więc muszę na kilku uwagach pobieżnych.

Do niewielkiego ogniska ograniczone objawy nieżytowe, budzić mogące (przy istnieniu objawów ogólnych) przypuszczenie gruźlicy poczynającej się, zależeć mogą od zrostów opłucnych. Niedostateczna ruchomość małego odcinka płuc, wywołana przez zrosty, sprawia zastój nieżytowy w oskrzelkach; jeśli objawy tego rodzaju usadowione są w szczytach płuc, to mogą uporczywem trwaniem nasunąć poważne trudności rozpoznawcze.

Podobne trudności rozpoznawcze sprawić może zapalenie opłucnej suche, usadowione na górnych płatach; coprawda, to cierpienie bywa prawie zawsze charakteru gruźliczego.

Przy odróżnianiu objawów płucnych w przebiegu domniemanej gruźlicy ostrej szczególne trudności sprawia dur brzuszny, jeśli mu towarzyszą silne objawy ze strony oskrzeli. Wtedy jednak objawy rozpoznawcze wyżej wyliczone umożliwiają rozpoznanie. Więcej trudności rozpoznawczych sprawia w podobnych przypadkach ciężka grypa.

Najtrudniej jednak, jak to już mówiłem, bywa wyłączyć udział starych ognisk płucnych, dających wyraźne objawy zagęszczenia tkanki płucnej, w powstaniu gorączki. Nie dziw przeto, jeśli rozpoznawano nawrót sprawy gruźliczej u osobnika z gruźlicą włóknistą. nawrót, który się w następstwie okazał — rakiem żołądka.

Kilka słów jeszcze w sprawie sposobów badania, jeśli przypuszczamy suchoty płuc poczynające się.

Przedewszystkiem: chorego nie trzeba badać w łóżku. Niech stoi, jeśli badamy przednią powierzchnię klatki piersiowej; niech siedzi, nieco pochylony, z łokciami zbliżonymi ku sobie — przy badaniu tylnej powierzchni.

Podczas osłuchiwania trzeba pilnie baczyć, by chory oddychał równomiernie; czasem zmęczony lub mało skupiony chory zmienia stopień wysiłku przy oddychaniu, co może zaważyć na wyniku badania.

Pierwsze ognisko nietylko u dzieci może być usadowione poza szczytami płuc; trzeba go szukać i pod obojczykiem i pod pachą i w przestrzeni międzyłopatkowej i w dolnych płatach płuc.

Przesuwalność granic płucnych trzeba badać na wszystkich brzegach płuc.

Badać najlepiej — tego rodzaju chorych — rano, zaraz po ich przebudzeniu się. Dobre usługi oddaje podawanie choremu paru łyżek jodku potasu (2,5:100) w ciągu dnia, a wieczorem i nazajutrz zaraz po obudzeniu — małej dawki narkotyku (codeini phosphorici po 2 cg.); występują wówczas, jeśli chorego osłuchujemy rano, ukryte do-

tąd objawy nieżytowe (bronchiolitis apicalis). U kobiet objaw tego rodzaju ujawnia się samoistnie w okresie miesiączki.

Objawy opukowe mniej są przekonujące, aniżeli osłuchowe. Osłabienie wdechu; szorstki charakter wdechu; wydłużenie wydechu; oskrzelowy charakter szmeru oddechowego — mniej są przekonujące, aniżeli (współcześnie słyszalne) wystąpienie rzężeń (po odkaszlnięciu) na przestrzeni ograniczonej.

Stany gorączkowe przewlekłe pochodzenia migdałkowego i gruczołowego

napisał

Karol Rozenfeld (Częstochowa).

(Odczyt zgłoszony na II Zjazd lekarzy prowincyonalnych Król. Pol. w Lublinie w maju 1914).

Do najważniejszych zadań gruczołów chłonnych, oprócz tworzenia limfocytów, należy obrona ustroju przed zakażeniami, które grożą mu ustawicznie z zewnątrz. Z patologii doświadczalnej wiemy, że wstrzyknięcie gronkowców lub paciorkowców pod skórę zwierzęcia najczęściej nie wywołuje następstw poważniejszych, wówczas gdy wprowadzenie tego samego jadu do krwi jest przeważnie śmiertelne. Dzieje się to dlatego, że gruczoły chłonne, jak świadczy szybko w nich występujący odczyn obronny, biorą żywy udział w zatrzymywaniu i niszczeniu drobnoustrojów, które przedostają się przez skórę i błony śluzowe do obiegu limfy. Doświadczenia Labbé i Bezançona [1]) zdają się dowodzić, że jeżeli jadowitość drobnoustrojów jest słaba, gruczoły chłonne, dzięki ożywionej czynności leukocytów wielojądrzastych i makrofagów, zabezpieczają ustrój od wtargnięcia zarazków do krwi.

Sprawa bierze inny obrót, jeżeli drobnoustroje są bardzo jadowite, a odporność ustroju zmniejszona. Odczyn obronny gruczołów jest wtedy bardzo słaby i krótkotrwały. Zamiast niego w tkance gruczołowej występują zmiany mniej lub więcej głębokie o charakterze rozpadowym, zarazki zaś po wtargnięciu do krwi wywołują odrazu schorzenie poszczególnych narządów lub zakażenie ogólne. Czasami przejście drobnoustrojów do krwi odbywa się nadzwyczajnie szybko (Noetzel). Badania doświadczalne Bezançona i Labbé dowodzą, że nawet w razie zwycięstwa drobnoustrojów gruczoły chłonne próbują stawić im opór, którego wyrazem są ślady odnajdowanego w nich odczynu fagocytowego.

Stosunki opisane nie wyczerpują wszystkich możliwości i nie stanowią przeto ogólnej zasady. W pewnej kategoryi zakażeń rola gruczołów chłonnych jest zupełnie odrębna i poniekąd dwuznaczna. Mam na myśli to ciekawe zjawisko biologiczne, w którem Bezançon i Labbé upatrują szczególny rodzaj powinowactwa między drobnoustrojami i gruczołami chłonnymi. W zakażeniach tych gruczoły stają się wyłączną uprzywilejowaną siedzibą drobnoustrojów, które w ich wnętrzu znajdują nieraz przez czas bardzo długi najlepsze warunki dla swego życia i rozwoju. W ten sposób powstają pierwotne, samoistne schorzenia gruczołów, będące przyczyną tych przewlekłych stanów gorączkowych, o których wypada mi mówić. Łagodny przebieg kliniczny, objawiający się najczęściej słabym odczynem ogólnym i brakiem zmian w innych narządach ustroju, stanowi cechę charakterystyczną tych spraw gruczołowych. To też chociaż przypuszczenie takie może się wydać dziwnem, zapewne i w tych razach rola obronna gruczołów nie jest bez znaczenia. Zatrzymując drobnoustroje, pozwalając im nawet rozwijać się w swem wnętrzu, gruczoły bronią dostępu do innych narządów ustroju i, bardzo być może, zmniejszają jadowitość zarazków. Z doświadczeń na zwierzętach wynika, że paciorkowce, dwoinki zapalenia płuc i prątki gruźlicze, wyosobnione z gruczołów, są mniej jadowite, niż te, które pochodzą z miejsca wtargnięcia lub innego ogniska trzewnego.

Chociaż sprawy gruczołowe przewlekłe wyróżniają się charakterem łagodnym, niemniej jednak w warunkach niepomyślnych mogą być powodem ciężkiego schorzenia całego ustroju. Pod wpływem rozmaitych czynników szkodliwych, które zmniejszają odporność ogólną, wzmaga się zapewne jadowitość drobnoustrojów i łatwość, z jaką wydostają się z dotychczasowej kryjówki. Toteż wczesne rozpoznanie tych spraw gorączkowych, których źródła nie umiano dawniej sobie wytłómaczyć i które obejmowano ogólną i nieokreśloną nazwą »skrytych gorączek«, stanowi ważne zadanie lekarza praktyka.

Zakażenia migdałkowe.

Związek, jaki zachodzi między zapaleniem gardła a niektóremi cierpieniami ogólnemi ustroju, znany jest od dawna. Już w początkach zeszłego stulecia niektórzy klinicyści wypowiadali pogląd, że gościec stawowy może być powikłaniem zapalenia migdałków. W naszem piśmiennictwie Czajkowski [2]) w r. 1891 zwrócił uwagę, że gościec stawowy, zapalenie wsierdzia i nerek mają czasami punkt wyjścia w pierwotnem samoistnem schorzeniu migdałków. W ostatnich kilkunastu latach niemal całą patologię szczegółową próbowano powiązać etyologicznie z zajęciem migdałków. Jako powikłanie tej sprawy pierwotnej opisywano zapalenia płuc, opłucnej, wyrostka robaczkowego, szpiku kostnego, jąder, jajników, zmiany w wątrobie, śledzionie, różne wysypki skórne, bóle neuralgiczne i t. p. Nawet ponawiający się wrzód trawienny żołądka próbowano uzależnić od zaostrzeń przewlekłego zapalenia migdałków (Nauwerk) [3]). Nie potrzebuję dodawać, że wiele spostrzeżeń odnośnych nosi wyraźnie piętno podmiotowe i nie wytrzymuje ścisłej krytyki naukowej.

Chcąc ocenić dokładnie rolę migdałków w patologii, należało rzecz całą poddać rewizyi, oprzeć ją na badaniach ścisłych klinicznych, anatomo-patologicznych i bakteryologicznych, a przedewszystkiem zapoznać się bliżej z czynnością tego narządu w warunkach prawidłowych. Przekonano się, że migdałki są wysuniętymi tuż pod powierzchnię błony śluzowej gruczołami chłonnymi, od których różnią się tylko obecnością zagłębień workowatych, zwanych powszechnie kryptami (mieszkami). Jako gruczoły chłonne, biorą one udział w tworzeniu limfocytów i spełniają rolę obronną w walce z drobnoustrojami. Wskutek powierzchownego ułożenia migdałki mogą ulegać schorzeniu pierwotnie, często jednak wrota wtargnięcia zarazków mogą znaj-

dować się poza obrębem migdałków, n. p. w nosie, w jamie ustnej, w zębie spróchniałym lub w gardle. Powstające w ten sposób schorzenie migdałków charakterem swym odpowiada tym zapaleniom gruczołów chłonnych, głębiej położonych, które występują przy sprawach zapalnych błon śluzowych i skóry. Lecz dzięki innej budowie i wpływowi otaczających warunków, zapalenia migdałków przewlekłe przybierają właściwą sobie i charakterystyczną postać. Schorzenie to, opisane bliżej przez Guericha w r. 1905 pod nazwą »angina fossularis chronica« i stwierdzone na kongresie medycyny wewnętrznej w r. 1909 przez Pässlera, cechuje się przewlekłem zapaleniem zagłębień migdałkowych, któremu zwykle towarzyszy tworzenie się czopów. Czopy te są zbitą szarożółtą masą, która składa się z nabłonków złuszczonych, limfocytów, śluzu, resztek pokarmów, fosforanu wapniowego i drobnoustrojów, znajdujących tutaj doskonałe warunki dla swego rozwoju. Najczęściej wykrywamy paciorkowce, rzadziej gronkowce ropne i dwoinki lancetowate. Można je również odnaleść w miąższu migdałków, dotkniętym schorzeniem przewlekłem. Pod wpływem drobnoustrojów czopy te ulegają zropieniu. Wskutek zarastania ujścia zagłębień ropa zatrzymuje się wewnątrz, rozszerza zaułki i tworzy w różnych warstwach migdałka ropnie rozmaitej wielkości. Drobnoustroje chorobotwórcze, znajdujące się w tych ropniach migdałkowych, zdolne są do rozwoju i zakażenia ustroju. Wskutek zaostrzenia sprawy zapalnej w migdałkach zarazki lub ich toksyny mogą przedostawać się do krwi i wywoływać cierpienie ogólne ustroju.

Badania anatomopatologiczne Frankego i Schusterównej[4]) (Lwów), podjęte celem wykrycia związku etyologicznego między cierpieniem migdałków i schorzeniami gośćcowemi, wykazały, że w zwłokach osób, u których stwierdzono objawy gośćca stawowego lub spraw jemu pokrewnych, w 90% przypadków można było odnaleść skreślone wyżej zapalenie migdałków. Przy ucisku migdałka z zagłębień wylewała się mniejsza lub większa ilość cieczy ropiastej, często można było wycisnąć »cuchnące czopy, złożone z mas nekrotycznych i zgęszczonej ropy«. W jednym przypadku stwierdzono na przekroju migdałka w głębi ropień wielkości małego orzecha laskowego, który na zewnątrz nie był widoczny. Obraz anatomopatologiczny, właściwy temu cierpieniu, zalicza Franke do grupy zapaleń, objętych nazwą zapalenia mieszkowego przewlekłego migdałków (tonsillitis lacunaris chronica). Erbrich, którego praca oparta jest na podstawie klinicznej, opisuje to schorzenie migdałków, jako odrębną jednostkę chorobową, pod nazwą »tonsillitis purulenta chronica«[5].

Oprócz schorzeń gośćcowych, których związek etyologiczny z przewlekłem zapaleniem migdałków nie ulega najmniejszej wątpliwości, z tego samego źródła mogą pochodzić niektóre choroby serca i nerek. Co się tyczy zależności innych chorób, np. wyrostka robaczkowego, spostrzeżenia kliniczne są zbyt skąpe, żebyśmy mogli uważać ją za dowiedzioną.

Przed 3 laty, na I Zjeździe lekarzy prowincyonalnych w Łodzi, kol. Batawia zwrócił uwagę, że schorzenie migdałków może być powodem stanów gorączkowych przewlekłych bez żadnych zmian w innych narządach ustroju[6]). Gorączka w tych razach bywa zwykle niewysoka i stała. W 3 przypadkach, spostrzeganych przezemnie wspólnie z kol. Batawią, wzniesienia wieczorne ciepłoty nie przewyższały 37·5°, różnice między ciepłotą ranną i wieczorną były małe i wahały się od 0·3 do 0·5°. Wobec słabego odczynu gorączkowego, stan ogólny chorych przedstawia się dobrze. Jedna chora skarżyła się na uczucie znużenia i bóle głowy, inna na słabe, krótkotrwałe bóle stawów i mięśniowe. W gardle chorzy nie odczuwają zazwyczaj żadnych dolegliwości, rzadziej bywa uczucie palenia, drapania lub bólu (Oertel). Jeżeli do powyższego dodam pewną skłonność do pocenia się i lekkie dreszczyki, to wyczerpię całość objawów klinicznych.

Schorzenie przewlekłe migdałków nie objawia się na zewnątrz zmianami, które moglibyśmy uważać za charakterystyczne. W jednym z moich przypadków o istnieniu czopów głębiej ukrytych świadczyły tylko dwa małe punkciki na powierzchni migdałka, w drugim — badanie stwierdziło 3 czopy bez śladów stanu zapalnego, w trzecim stan migdałków był najzupełniej prawidłowy. Czasami, jak wynika ze spostrzeżeń Batawii, migdałek bywa powiększony, przekrwiony, ujścia mieszków (krypt) rozszerzone, zaczerwienione, niekiedy oprócz czopów, przeświecają plamki białożółte, odpowiadające ropniom migdałkowym. Ponieważ ulubionem miejscem czopów i ropni są górne i przednie części migdałków, przeto dla dokładnego zbadania trzeba odsunąć łuk przedni przy pomocy haczyka. W przypadkach wątpliwych oględziny migdałka trzeba uzupełnić wprowadzeniem do mieszków migdałkowych zgłębnika naczyńkowatego, gdyż tylko w ten sposób udaje się czasami wykazać obecność czopów lub ropnia. Nieraz zdarza się, że najściślejsze badanie nie wykrywa zmian żadnych, dopiero wyłuszczenie migdałka, ewentualnie badanie pośmiertne ujawnia ropień, ukryty głęboko w migdałku. (Erbrich, Franke).

Jakkolwiek nie wątpimy, że przewlekłe mieszkowe zapalenie migdałków z tworzeniem się czopów i ropni może w poszczególnych przypadkach być powodem stanów podgorączkowych przewlekłych, musimy jednak podkreślić, że rozpoznanie kliniczne tych spraw opiera się zawsze na chwiejnej podstawie. Schorzenie migdałków ze skłonnością do tworzenia czopów i ropni należy do zjawisk stosunkowo częstych. Badania sekcyjne Frankego i Schusterównej stwierdziły zmiany migdałkowe u wielu osób (53%), u których za życia nie było wcale objawów gośćcowych i schorzeń pokrewnych. Śmierć nastąpiła z innych zupełnie chorób, a tymczasem w znacznej liczbie przypadków (72%) wykazano obecność cieczy ropiastej w migdałkach, w 28% i mas nekrotycznych. Widzimy zatem, że drobnoustroje, znajdujące się w czopach i ropniach migdałkowych, chociaż zdolne do życia i rozwoju, niezawsze wywołują objawy zakażenia. Musi tu wchodzić w grę jeszcze inny czynnik biologiczny, bliżej nam nieznany, który sprawia, że drobnoustroje drzemiące przechodzą w stan czynny. Dlatego też stwierdzenie obecności czopów lub ropy nie jest jeszcze dowodem bezwzględnie przekonującym, że stan gorączkowy zależy od schorzenia migdałka, a nie od innej przyczyny.

Stosowanie w celach rozpoznawczych metody wyłączenia nie da się przeprowadzić z należytą ścisłością. W poszczególnym przypadku wątpliwym trudno nam będzie wyłączyć ognisko ropne w innym narządzie ustroju, choćby w migdałku gardłowopodniebiennym, językowym, gruźlicę

płuc lub gruczołów tchawicznooskrzelowych i t. p. To też bardzo często o rozpoznaniu właściwem będą rozstrzygać tylko wyniki leczenia. Jeżeli gorączka, trwająca tygodniami lub miesiącami, ustąpi odrazu po odpowiednim zabiegu miejscowym, mamy wszelkie prawo przypuszczać, że była ona następstwem schorzenia migdałka. Muszę jednak dodać, że ten sposób rozpoznawania, stosowany niekrytycznie na szerszą skalę, będzie narażać lekarza i chorych na liczne zawody i rozczarowania.

Leczenie polega na usunięciu zawartości mieszków i otwarciu ropni, ukrytych w głębszych warstwach migdałka. Cel ten osiągamy przez rozrzynanie tkanki migdałkowej i mostków, oddzielających od siebie poszczególne kieszonki. Stosując ten sposób leczenia, kol. Batawia otrzymał wyniki pomyślne we wszystkich 12 spostrzeganych przez siebie przypadkach. Zabieg ten, łatwy do wykonania i mało bolesny, nie zabezpiecza jednak chorych od nawrotów cierpienia. Wskutek nieprawidłowych zrostów powstają nowe kieszonki ze skłonnością do tworzenia czopów. Powtóre, stosując ten sposób leczenia, niezawsze możemy usunąć zawartość wszystkich mieszków migdałkowych lub odnaleść ropień. Ponieważ częściowe usuwanie migdałków lub rozćwiertowanie daje również wyniki niepewne, wielu autorów sądzi, że najodpowiedniejszym zabiegiem leczniczym jest zupełne wyłuszczenie migdałków (tonsillectomia [7]). Stosowane jest ono od lat wielu w Ameryce przy najrozmaitszych sprawach chorobowych, będących w związku ze schorzeniem przewlekłem migdałków. Przypomnę imponującą statystykę Waugha, która obejmuje 900 przypadków. We wszystkich tych przypadkach, z wyjątkiem 12, wyniki wyłuszczenia migdałków były podobno dobre.

U nas zwolennikiem tej metody leczniczej jest Erbrich, który przed kilku laty wypracował własny sposób wyłuszczenia migdałków [8]) i w ostatnich czasach znacznie go uprościł. — Nie wchodzi w zakres mego zadania rozstrzygać, o ile w poszczególnym przypadku będzie usprawiedliwione wykonanie tego zabiegu, który bądź co bądź pozbawia nas ważnego pod względem fizyologicznym narządu. Sądzę jednak, że jeżeli dłuższa obserwacya chorego utrwali w nas przekonanie o zależności gorączki lub innego cierpienia, n. p. gośćcowego, od schorzenia migdałków, jeżeli wszelkie próby leczenia ich miejscowe dają wyniki ujemne, to jako jedyny środek właściwy i zasadniczy pozostaje wówczas doszczętne wyłuszczenie migdałków. Zbytnia wstrzemięźliwość byłaby równie nieuzasadnioną i szkodliwą, jak niekrytyczny szablon w stosowaniu zabiegu. Zwłaszcza w leczeniu gośćca stawowego i cierpień pokrewnych należy baczniejszą, niż dotychczas, zwracać uwagę na leczenie miejscowe migdałków, których schorzenie przewlekłe jest najczęściej główną przyczyną choroby.

Zakażenia przewlekłe gruczołów chłonnych.

Różne stany zapalne gruczołów chłonnych, które powstają przypadkowo lub towarzyszą ogólnym cierpieniom ustroju, nie wchodzą w zakres zajmującego nas tu zagadnienia. Chociaż mogą być one powodem dłużej lub krócej trwającej gorączki, jednak nie nasuwają żadnych trudności rozpoznawczych. W przeszłym roku spostrzegałem bardzo silne obrzmienie gruczołów podszczękowych prawostronnych, które wystąpiło po zwykłem zapaleniu gardła. Sprawie tej, która zakończyła się pomyślnie, w ciągu trzech tygodni towarzyszyło lekkie wzniesienie ciepłoty. Wogóle zapalenia gruczołów chłonnych powierzchownych kończą się szybko wyleczeniem lub przejściem w ropienie.

Ze stanowiska praktycznego najważniejsze znaczenie mają schorzenia gruczołów głębokich wewnątrzustrojowych. Wprawdzie wiemy, że zapalenie ich towarzyszy większości chorób zakaźnych ostrych, ale zazwyczaj po przejściu zakażenia zaczynają gruczoły wracać do stanu prawidłowego, a drobnoustroje ginąć. Zmiany przewlekłe kiłowe nie mogą być brane w rachubę z powodu przebiegu odrębnego i bezgorączkowego. W ostatnich czasach zwrócono szczególniejszą uwagę na zachowanie się gruczołów tchawiczno-oskrzelowych u dzieci w przebiegu różnych chorób zakaźnych. Stwierdzono, że u dzieci, zwłaszcza z usposobieniem limfatycznem, w następstwie ostrych nieżytów oskrzeli, zapalenia płuc i opłucnej, gruczoły tchawicznooskrzelowe ulegają obrzmieniu, które może pozostawać na dłuższy przeciąg czasu i wywoływać szereg objawów, przypominających cierpienie gruźlicze gruczołów. D'Espine [9]) spostrzegał w r. 1907 kilka przypadków powiększenia gruczołów tchawicznooskrzelowych, które wystąpiło po przebyciu grypy, i o ile pozwalało sądzić badanie kliniczne, trwało od jednego do dwóch miesięcy. Najczęstszą przyczyną zwykłego niegruźliczego powiększenia gruczołów tchawicznooskrzelowych jest zapalenie płuc, rozwijające się w przebiegu odry i krztuśca. Fakty analogiczne były opisywane już dawniej wraz z próbami rozpoznawania różniczkowego między zwykłem zapaleniem gruczołów i ich cierpieniem gruźliczem (Gaéneau de Mussy).

Badania bakteryologiczne są względnie nieliczne. Najczęściej znajdowano dwoinki zapalenia płuc, czasami nie było ich wcale (Marfan, Nanu, Netter, Menetrier, Labbé).

Objawy kliniczne, zależne od zwykłego obrzmienia gruczołów tchawicznooskrzelowych, są mniej więcej takie same, jak te, które spostrzegamy w ich cierpieniu gruźliczem. Rozpoznanie polegać będzie na stwierdzeniu mniej lub więcej szybkiego powrotu do stanu prawidłowego i na ujemnym wyniku próby tuberkulinowej.

Gruźlica gruczołów chłonnych tchawiczno-oskrzelowych.

Schorzenie gruczołów tchawicznooskrzelowych pierwotne i samoistne jest rysem charakterystycznym gruźlicy wieku dziecięcego. Między prątkami gruźliczymi i gruczołami tchawicznooskrzelowymi dziecka zachodzi szczególny stosunek powinowactwa, którego istota nie da się dzisiaj wytłómaczyć. Czy uznamy teoryę klasyczną, bronioną przez autorów niemieckich, podług której wrotami wtargnięcia zarazków są płuca, czy przyjmiemy teoryę Calmettea [10]), podług której zakażenie ustroju następuje najczęściej przez przewód pokarmowy, czy zgodzimy się na to, że w dalszem przenoszeniu prątków pośredniczą naczynia chłonne, czy krwionośne, na podstawie badań dotychczasowych możemy orzec, że w gruczołach tchawicznooskrzelowych odbywa się niejako pierwsze zaszczepienie jadu gruźliczego w ustroju dziecięcym *). To też sprawa ta u dzieci jest

---

*) Schorzenie pierwotne gruczołów krezkowych należy do

nadzwyczaj częstą. W badaniach sekcyjnych stwierdzano ją u 20—30% dzieci, zmarłych w wieku od 1 do 15 lat życia (Müller, Neumann). U dzieci, zmarłych przy objawach gruźlicy, zmiany swoiste w gruczołach tchawicznooskrzelowych spostrzega się prawie zawsze (Raczyński, Kozakiewicz [11]). W pierwszym roku życia schorzenie samoistne gruczołów jest zjawiskiem rzadkiem, gdyż gruźlica szybko się uogólnia i kończy się śmiercią. Częstość tej sprawy wzrasta od drugiego roku życia i osiąga swój szczyt około 6—8. roku życia. U dzieci starszych i ludzi dorosłych objawy kliniczne ze strony gruczołów występują coraz rzadziej, natomiast sprawa gruźlicza zaczyna rozwijać się w płucach. W niektórych jednak przypadkach i u ludzi dorosłych gruźlica może usadowić się pierwotnie w gruczołach tchawicznooskrzelowych i dopiero po pewnym czasie przechodzić na płuca (Philippi) [12]). W każdym razie u ludzi starszych zmiany anatomiczne gruczołów są bez porównania mniejsze, niż w wieku dziecięcym.

Gruźlica gruczołów tchawicznooskrzelowych ma najczęściej przebieg łagodny i w warunkach sprzyjających kończy się wyleczeniem zupełnem, najczęściej zwapnieniem gruczołów. Jednakże pod wpływem rozmaitych czynników, które zmniejszają odporność ustroju, mogą powstawać przerzuty w płucach, stawach, kościach, mózgu i t. p. Stąd też mimo łagodnego charakteru gruźlica gruczołów jest źródłem stałego i poważnego niebezpieczeństwa, zwłaszcza dla ustroju dziecka. Konieczne jest przeto wczesne i umiejętne rozpoznanie tej sprawy, celem roztoczenia nad chorymi odpowiedniej opieki.

Rozpoznanie ma na celu ustalenie faktu, że gruczoły tchawicznooskrzelowe są powiększone i że przyczyną tego powiększenia jest zakażenie gruźlicze. Z powodu głębokiego położenia gruczołów rozpoznanie tej sprawy zapomocą zwykłych metod badania klinicznego należy niewątpliwie do trudnych zadań dyagnostyki lekarskiej. Jeszcze przed kilku laty odzywały się głosy, że zadanie to może być spełnione w przypadkach nadzwyczajnie rzadkich (Sukiennikow [13]), Brecke, Schlossmann). W ostatnich jednak czasach zrobiono w tej dziedzinie duży krok naprzód. Zapewne i dzisiaj w przypadkach lekkich, z bardzo małem powiększeniem gruczołów, wszystkie nasze usiłowania mogą rozbić się o nieprzezwyciężone trudności i trzeba będzie korzystać z niepewnej metody wyłączania, ale za to w większości przypadków, zależnie od stopnia rozwoju sprawy gruczołowej, da się ona rozpoznać z większą lub mniejszą łatwością na podstawie klinicznej. Nie będę rozwodzić się nad ważnem znaczeniem wywiadów. Wiadomość, że w otoczeniu najbliższem są osoby stare i kaszlące, ma dla nas nieostatnią wartość. Odżywienie i stan ogólny chorych nie są miarodajne. W kilku moich spostrzeżeniach dzieci odznaczały się otyłością i sprawiały wrażenie zupełnie zdrowych. Często jednak możemy stwierdzić upośledzenie rozwoju fizycznego, wątłą budowę kośćca, bladość, rozlane powiększenie gruczołów chłonnych i t. p. Objawy zołzów spostrzega się nieco więcej, niż w połowie przypadków. Dlatego też blizny na szyi, przetoki, wykwity skórne na wargach, nosie, uszach, zapalenie oczu, pryszczyk i t. p. — będą dla nas ważną wskazówką rozpoznawczą.

spraw rzadkich. Najczęściej jest ono sprawą skórną, towarzyszącą schorzeniu gruźliczemu kątnicy, jelita biodrowego i otrzewnej.

Objawy podmiotowe czasami są bardzo niewyraźne. U starszych dzieci zasługuje na uwagę ból pod mostkiem i w okolicy międzyłopatkowej. Do najważniejszych objawów podmiotowych zaliczamy duszność i kaszel. Duszność wydechowa, podług najnowszych badań autorów francuskich (Guinon, Variot, Marfan, D'Oelsnitz) [14]), jest objawem bardzo charakterystycznym dla gruźlicy gruczołów tchawicznooskrzelowych u maleńkich dzieci. Sapanie i dyszenie dziecka może być słyszalne zdaleka. Duszność wydechowa wzmaga się zwykle przy ruchu i wysiłkach fizycznych, czasami pod względem natężenia może przypominać napady prawdziwej dychawicy oskrzelowej.

Oprócz duszności, gruczoły powiększone przez ucisk na tchawicę i oskrzela mogą wywoływać kaszel. Sprawą suchego kaszlu (trockener Reizhusten), powstającego wskutek ucisku tchawicy, w ostatnim czasie zajmował się wiele De la Camp [15]), który uważa go za bardzo ważny objaw rozpoznawczy. Z 656 dzieci z objawami zołzów, lecz bez wyraźnych zmian w płucach, autor ten stwierdził kaszel suchy w 137 przypadkach. Kaszel bardzo mocny o charakterze kurczowym, krztuścowatym, bywa spostrzegany bardzo rzadko.

Jednym z najbardziej charakterystycznych objawów gruźlicy gruczołów tchawicznooskrzelowych jest uporczywa gorączka, trwająca miesiące i lata. Poziom jej najczęściej niewysoki, wahania ciepłoty niewielkie (37^0—$37{\cdot}5^0$). W jednym z moich przypadków, których liczba ogólna dosięga 62, ciepłota przez 4 miesiące z rzędu trzymała się wyżej 38^0 i wieczorami dochodziła do $38{\cdot}7^0$—39^0. W wielu razach, zwłaszcza u dzieci małych (Schlossmann), może wcale nie być gorączki i choroba rozwija się skrycie bez żadnych objawów ogólnych. Czasami lekkie wzniesienia ciepłoty zjawiają się dopiero pod wpływem jakiegoś pobudzenia, wysiłku, zmęczenia.

Gruczoły, dotknięte sprawą gruźliczą, mogą wywoływać cały szereg zaburzeń ze strony narządów sąsiednich wskutek ucisku lub bezpośredniego szerzenia się sprawy zapalnej. O ucisku tchawicy i oskrzeli mówiliśmy wyżej. — Prócz nich temu oddziaływaniu gruczołów mogą ulegać naczynia krwionośne, nerwy i przełyk. Lecz powstające w ten sposób objawy czynnościowe bywają względnie rzadko i nie mają poważniejszego znaczenia praktycznego. Należą tutaj rozszerzenia niesymetryczne żył powierzchownych wskutek ucisku głównych pni żylnych (Heubner, Widerhofer, Siracoff) [16]), tętno opaczne (paradoksalne) jednostronne (Gerhardt), przyspieszona czynność serca wskutek porażenia nerwu błędnego, nierówność źrenic wskutek jednostronnego ucisku nerwu współczulnego, objawy porażne ze strony nerwu krtaniowego dolnego. Niepozbawiony pewnej wartości rozpoznawczej jest t. zw. objaw Smitha, polegający na występowaniu szmeru nad rękojeścią mostka przy silnem przegięciu w tył głowy chorego (Brudziński [17]). Objaw ten spostrzegałem w 15% przypadków. Do pomysłów niezbyt szczęśliwych zaliczam sposób badania Neussera, który wprowadza do przełyku zgłębnik celem określenia wrażliwości gruczołów.

Wielu autorów niemieckich (Baudelier i Roepke [13]), De la Camp, Zabel [19]), zwłaszcza Dautwitz) [20]) podnosi w ostatnim czasie dużą wartość objawu Petruschkyego. Autor ten w r. 1903 stwierdził, że jeżeli gruczoły tchawi-

cznooskrzelowe ulegają obrzmieniu, to ugniatanie wyrostków kolczystych siedmiu górnych kręgów piersiowych wywołuje większą lub mniejszą bolesność. Na podstawie własnego doświadczenia sądzę, że sposób badania Petruschkyego może być zastosowany tylko u dzieci starszych i ludzi dorosłych i że prawidłową ocenę tego objawu utrudnia często ogólnie wzmożona wrażliwość osobnicza.

Podstawą rozpoznania gruźlicy gruczołów tchawiczno-oskrzelowych jest właściwie badanie fizyczne *). Czasami nawet w postaciach skrytych, przebiegających bez żadnych zgoła objawów, udaje się tym sposobem wykryć powiększenie gruczołów. U dzieci maleńkich ważną wskazówkę rozpoznawczą dają nam oględziny klatki piersiowej. Przy schorzeniu gruczołów, oprócz opisanej już duszności wydechowej, stwierdzić można zapadanie się podczas wdechu dolnej części mostka, nadbrzusza i żeber rzekomych. To zapadanie się klatki piersiowej, podług nowszych badań autorów francuskich (Guinon, D'OElsnitz), ma stanowić jeden z najważniejszych objawów powiększenia gruczołów we wczesnych okresach dzieciństwa.

Jakkolwiek położenie gruczołów w głębi klatki piersiowej zdaje się utrudniać stosowanie opukiwania, to jednak nie ulega wątpliwości, że w razie obrzmienia gruczołów możemy tą drogą zdobyć bardzo cenne wskazówki. W bardzo wielu przypadkach przy opukiwaniu słabem można stwierdzić przytłumienie lub skrócenie odgłosu opukowego, któremu zwykle towarzyszy uczucie oporu wzmożonego pod palcem i bardzo często wzmożone drżenie piersiowe. Zmianę odgłosu opukowego spostrzegamy bardzo często, w przeszło połowie przypadków, a w okolicy stawu mostkowoobojczykowego prawego i w okolicy przymostkowej drugiego międzyżebrza tej samej strony. Stłumienia przymostkowe lewostronne są mniej częste, nietylko ze względów anatomicznych, ale i z tego powodu, że gruczoły tej strony rzadziej ulegają schorzeniu. Przy stłumieniu na rękojeści mostka trzeba pamiętać o możliwości przerostu grasicy.

Niektórzy autorowie niemieccy (O. Müller)[21]) do najczęstszych objawów opukowych zaliczają skrócenie odgłosu po obu stronach stłumienia sercowego względnego (parakardiale Dämpfung). Na tylnej ścianie klatki piersiowej warunki badania są nieco trudniejsze, ale i tutaj, w razie znacznego obrzmienia gruczołów, możemy stwierdzić wązki pas stłumienia w okolicach przykręgowych, w obrębie między 1. i 6. kręgiem piersiowym (paravertebrale Dämpfung). Na podstawie własnych badań stłumienie przykręgowe obustronne na poziomie 5. kręgu piersiowego skłonny jestem zaliczać do objawów zupełnie prawidłowych. Obszerniejsze stłumienia międzyłopatkowe wnękowe są wyrazem nietylko bardzo znacznego obrzmienia gruczołów, ale najczęściej wynikiem przejścia sprawy gruźliczej na płuca (Philippi, Sluka).

Opukiwanie wyrostków kolczystych (v. Korányi, de la Camp, Nagiel, Michałowicz)[22]) niema poważniejszego znaczenia w rozpoznawaniu gruźlicy samoistnej u dzieci starszych i u ludzi dorosłych. Nawet przy niezbyt obfitej podściółce tłuszczowej wyrostki kolczyste niełatwo dają się opukać[23]). Przeciwnie u dzieci wychudzonych wskutek gruźlicy płuc lub innego cierpienia, jak to było w przypadkach Michałowicza, ten sposób badania może dawać wyniki dość pewne. W każdym razie, jeżeli uda się nam stwierdzić stłumienie na wyrostkach kolczystych, zwłaszcza 3. i 4., a poniekąd 5. i 6. kręgu piersiowego, mamy prawo rozpoznawać powiększenie gruczołów tchawiczno-oskrzelowych.

Najważniejszą zdobyczą nowszych czasów w zakresie dyagnostyki fizycznej omawianego cierpienia jest t. zw. objaw D'Espinea[24]). Polega on na stwierdzeniu odgłosu oskrzelowego mowy na wyrostkach kolczystych pierwszych sześciu kręgów piersiowych: u dzieci małych tuż pod wyrostkiem 7. kręgu szyjnego, u dzieci starszych i ludzi dorosłych poniżej 1. i 3. kręgu piersiowego. Przy osłuchiwaniu głosu cichego lub szeptu odbieramy wrażenie bezgłośnego oddźwięku mowy, zwanego przez D'Espinea — »chuchotement« i mającego tę samą wartość objawową, co i odgłos oskrzelowy mowy. Ze wszystkich metod badania klinicznego sposób, podany przez D'Espinea, daje wyniki najlepsze. (Krantz, Roch, Bourdillon, Zabel, Leroux[25]).

Odgłos oskrzelowy mowy, słyszalny na jednym lub kilku wyrostkach kolczystych piersiowych (do szóstego włącznie), poniżej granicy, określonej wiekiem, stanowi jeden z najstalszych i najwcześniejszych objawów powiększenia gruczołów tchawicznooskrzelowych. Czasami zdarzało mi się spostrzegać go przypadkowo u dzieci zołzowatych, raz nawet u dziecka 7-letniego zupełnie zdrowego, lecz przebywającego stale w otoczeniu gruźliczem. W niektórych skrytych postaciach gruźlicy gruczołów objaw D'Espinea występuje dopiero pod wpływem przyłączających się chorób, które wywołują znaczniejsze obrzmienie gruczołów (odra, krztusiec, grypa). — Inne objawy osłuchowe nie są stałe i charakterystyczne. Wspomnę o osłabieniu szmeru oddechowego, wydłużeniu wydechu, charakterze oskrzelowym oddechu.

Z powyższego widzimy, że badanie fizyczne klatki piersiowej i kręgosłupa ma bardzo ważne znaczenie w rozpoznawaniu powiększenia gruczołów tchawicznooskrzelowych. Musimy jednak pamiętać, że inne choroby śródpiersia, n. p. guzy, przerost grasicy, niegruźlicze schorzenia gruczołów, obrzmienia białaczkowe (Zabel), mogą również wywoływać zbliżone objawy czynnościowe i fizyczne. Dlatego w każdym poszczególnym przypadku należy wyłączyć inne możliwe przyczyny powiększenia gruczołów i udowodnić, że dany osobnik jest zakażony gruźlicą. Zestawienie wszystkich objawów podmiotowych i przedmiotowych, wywiady, stałość niektórych objawów fizycznych, stwierdzona podczas dłuższej obserwacyi chorego — wszystko to pozwoli nam w wielu razach zoryentować się w położeniu i rozpoznać charakter gruźliczy cierpienia.

Ważne usługi w rozstrzygnięciu tej sprawy oddają próby tuberkulinowe miejscowe, a mianowicie próba skórna Pirqueta i ukłucie Eschericha-Schicka. W zużytkowaniu danych, otrzymanych tą drogą, trzeba jednak zachować pewną ostrożność. Jak wiadomo, pierwsze zakażenie ustroju gruźlicą następuje we wczesnych okresach dzieciństwa. Hamburger, stosując próbę tuberkulinową Pirqueta u dzieci zdrowych, klinicznie wolnych od gruźlicy, otrzymał następujące wyniki: W pierwszym roku życia odczyn Pirqueta

*) Brak miejsca nie pozwala mi na szczegółowe omówienie fizycznych sposobów badania. Niezmiernie ważne praktyczne znaczenie tej sprawy skłania mnie do poruszenia jej w związku z badaniami własnemi w referacie oddzielnym.

był zawsze ujemny, w drugim roku był dodatni u 5%, w trzecim u 9%, w szóstym u 50%, w dwunastym u 95% dzieci, poddanych badaniu. Widzimy z tego, że w ocenie wyniku odczynu tuberkulinowego w przypadku wątpliwym musimy przedewszystkiem uwzględnić wiek dziecka. Odczyn dodatni w pierwszych trzech latach życia będzie miał moc przekonującą, ten sam odczyn około 8—12. roku może świadczyć zarówno o świeżej sprawie gruźliczej, jak o dawno minionej, wyleczonej, wygasłej [26]). Odczyn ujemny próby Pirqueta, stwierdzony po upływie kilku dni ukłuciem Eschericha, u dzieci starszych pozwala wyłączyć cierpienie gruźlicze. Nie trzeba tylko zapominać, że nawet u osobników, dotkniętych gruźlicą, próby tuberkulinowe mogą wypaść ujemnie. Zdarza się to najczęściej po przebyciu odry i prawie zawsze w okresach charłactwa na tle posuniętej daleko sprawy gruźliczej miejscowej lub ogólnej.

Kończąc rzecz o rozpoznawaniu gruźlicy gruczołów tchawicznooskrzelowych, wspomnę jeszcze w kilku słowach o badaniu promieniami Roentgena. Naogół badanie to nie ziściło wielkich nadziei, jakie początkowo w niem pokładano. Wyniki badań sekcyjnych niezawsze potwierdzają dane, otrzymane zapomocą rentgenografii i rentgenoskopii (Mouriquand [27]). W wielu przypadkach powiększenia gruczołów tchawicznooskrzelowych, stwierdzonych na sekcyi, rozpoznanie ustalono za życia zapomocą opukiwania kręgosłupa (Michałowicz) i osłuchiwania (Zabel), a tymczasem w tych samych przypadkach prześwietlanie promieniami Roentgena dawało wyniki ujemne. W innych razach cienie na ekranie, mylnie brane za obrzmiałe gruczoły, nie znajdowały potwierdzenia w badaniu pośmiertnem. Trudności rentgenografii i rentgenoskopii tłumaczą się względami topograficznymi. Gromada gruczołów, dotkniętych najczęściej schorzeniem gruźliczem, położona jest między tchawicą i oskrzelami głównymi oraz podziałem tchawicy. Otóż cienie tej grupy gruczołów padają w obrębie głównego cienia pośrodkowego (Mittelschatten), odpowiadającego kręgosłupowi, mostkowi i sercu. Najdostępniejsze dla badania promieniami Roentgena są gruczoły oskrzelowopłucne, zwłaszcza na stronie prawej (Engel). Powtóre, cienie mniej lub więcej wyraźne dają tylko gruczoły zserowaciałe i zwapniałe.

Wartość tej metody badania w piśmiennictwie oceniana jest niejednakowo. Wielu autorów na podstawie szczegółowych badań anatomicznych i rentgenologicznych uważa ten dział rentgenodyagnostyki za najtrudniejszy, wymagający dużej wprawy i jeszcze większej ostrożności w odczytywaniu obrazów (D' Oelsnitz, Reyher). Zwłaszcza Engel [28]) całą tę sprawę traktuje z wielkim sceptycyzmem. Przeciwnie, inni autorowie, mając na względzie braki klinicznych sposobów badania, sądzą, że w rozpoznawaniu gruźlicy gruczołów badanie promieniami Roentgena daje wyniki stosunkowo najlepsze. (Leraox, Baudelier i Roepke, Pirquet [29]), Drozdowicz [30]) i inni).

Jeszcze kilka słów o leczeniu. Pierwszorzędną rolę grają tutaj wszystkie te czynniki, które podnoszą sprawność ogólną ustroju i wzmagają jego odporność w walce z zakażeniem gruźliczem. Należy tu przedewszystkiem dobre i odpowiednie odżywianie, powietrze i słońce. Co się tyczy odżywiania, niektórzy autorowie, w myśl doświadczeń Czernyego, radzą podawać większe ilości tłuszczów, a ograniczać ilość mleka, węglowodanów i pokarmów, zawierających dużo soli (E. Müller [31]). W dążeniu do poprawy stanu ogólnego dziecka trzeba zachować pewną miarę. Tusza nadmierna, zmniejszając sprawność ogólną ustroju, nietylko nie zabezpiecza od zakażenia gruźlicą, ale czasami zdaje się nawet pobudzać do stanu czynnego skryte niewinne ogniska.

Klinicyści francuscy przypisują wpływ zbawienny, poniekąd swoisty, klimatowi morskiemu. Francya posiada cały szereg uzdrowisk nadmorskich, w których dzieci, jak n. p. w Cannes, spędzają kilka miesięcy z rzędu i bez względu na pogodę kąpią się codziennie po 1—3 minuty w morzu. Pobyt w górach jest również bardzo korzystny, chociaż na ogół mniej skuteczny, aniżeli nad morzem. Ważne usługi w zwalczaniu tej choroby oddają zdrojowiska słone, n. p. Ciechocinek, Druskieniki, a zwłaszcza położone w klimacie podgórskim: Iwonicz (405 m), Rabka (487 m), Rymanów (430 m). W większości jednak przypadków będziemy zmuszeni poprzestawać na dobroczynnym wpływie wsi naszej, trzeba tylko dążyć do wyzyskania na szerszą skalę wpływu powietrza i słońca.

W ostatnich czasach mówi się dużo o leczeniu słońcem czyli t. zw. helioterapii. Bodźcem do bliższego zainteresowania się tym sposobem leczenia były zdumiewające wyniki, jakie osiągnął Rollier (Leysin) w gruźlicy chirurgicznej pod wpływem naświetlań słonecznych. Sprawę tę poruszono w roku bieżącym na jednem z posiedzeń Towarzystwa lekarskiego lwowskiego [32]) i w dyskusyi, jaka wywiązała się po odczycie Gabryszewskiego: »O leczeniu światłem«, kilku mowców (prof. Gluziński) wyraziło przypuszczenie, że ten sposób leczenia dałby się przeprowadzić w Zakopanem. Sądzę, że w tym kierunku możnaby pójść dalej i nietylko w górach, ale i na nizinach rozpocząć próby nad działaniem promieni słonecznych w różnych postaciach gruźlicy, między innemi w schorzeniu gruczołów tchawiczno-oskrzelowych. Do takiego wniosku upoważniają nas bardzo dobre wyniki naświetlania słonecnego w schorzeniu gruczołów szyjnych (Armand-Delille) [33]) i znakomity wpływ systematycznych kąpieli słonecznych w gruźlicy płucnej u dzieci (Malgat w Nicei) [34]).

Czy promienie Roentgena znajdą szersze zastosowanie w leczeniu gruźlicy gruczołów tchawicznooskrzelowych, trudno na podstawie dotychczasowych doniesień odpowiedzieć. Badania de la Campa [35]) nad gruźlicą doświadczalną oraz wyniki pomyślne w kilkunastu przypadkach gruźlicy płuc zdają się przemawiać za tem, że promienie Roentgena, dawkowane odpowiednio pod względem ilościowym i jakościowym, mogłyby oddać również pewne usługi w schorzeniu gruczołów.

W zakresie chemoterapii nowsze czasy nie zaznaczyły się żadną poważniejszą zdobyczą. Próby nad działaniem związków złota i miedzi chyba wypadną ujemnie. Ze środków lekarskich zasługuje na uwagę przedewszystkiem tran. Czasami trzeba będzie uciekać się do pomocy arszeniku, żelaza, jodu, rzadziej przetworów kreozotowych. Ważne znaczenie w leczeniu gruźlicy gruczołów tchawicznooskrzelowych mają środki zewnętrzne, odciągające, stosowane systematycznie przez czas dłuższy na klatkę piersiową. We Francyi jest w ogólnem użyciu nalewka jodowa, w Niemczech — szare mydło. To ostatnie najlepiej stosować

w postaci bezwonnej i mało drażniącej maści, która znajduje się w handlu pod nazwą sudianu.

Leczenie swoiste zapomocą wstrzykiwań tuberkuliny ma wielu zwolenników w Niemczech (Dautwitz). Podług Baudeliera i Roepkego [37], przy ostrożnem i powolnem zwiększaniu dawek nawet gorączka i chudość nie stanowi przeciwwskazania do użycia tuberkuliny. U nas Dębiński [38]) zastosował ją z powodzeniem w dwóch przypadkach gruźlicy gruczołów. Nie sądzę jednak, żeby cierpienie o charakterze względnie łagodnym, z wielką skłonnością do samorodnego wyleczenia się, jakiem jest gruźlica gruczołów miało stanowić wskazanie do użycia środka wartości bądź co bądź problematycznej, który w dodatku w rękach lekarza niedoświadczonego może przynieść raczej szkodę, aniżeli pożytek. W r. 1913 obudziła żywe zajęcie lekarzy i publiczności w Niemczech nowa szczepionka Friedmanna [39]), polecona jako zupełnie nieszkodliwa przez Schleicha, Krausa, Ehrlicha, i zachwalana bardzo przez E. Müllera. Szczepionka ta jest zawiesiną żywych prątków kwasoodpornych, wyhodowanych u żółwia i osłabionych przez Friedmanna w ten sposób, że wywierając silny wpływ uodparniający w ustrojach ciepłokrwistych, ma być ona dla nich najzupełniej nieszkodliwą i niejadowitą. Cały szereg badań, podjętych celem sprawdzenia zbawiennego wpływu szczepionki, nie usprawiedliwił nadziei w niej pokładanych. Najczęściej po wstrzyknięciu występował bardzo silny odczyn i pogorszenie objawów, raz nawet spostrzegano przypadek zejścia śmiertelnego. Dlatego Selzer w swym referacie zbiorowym ostrzega najusilniej przed stosowaniem szczepionki Friedmanna w celach zarówno leczniczych, jak zapobiegawczych, a Sekcya zakopiańska Towarzystwa lekarzy galicyjskich ogłasza osobne ostrzeżenia.

Gdyby w poszczególnych przypadkach okazała się istotnie potrzeba leczenia swoistego, to chyba najodpowiedniejszem byłoby naskórne zastosowanie tuberkuliny, podane świeżo przez Petruschkyego (1914) [40]). Polega ono na wcieraniu kolejnem w różne części ciała mazi tuberkulinowej (Tuberkulin-Liniment) w dawkach maleńkich, powiększanych stopniowo od 1 do 4 kropli. Wielką zaletę tej metody ma stanowić zupełna jej nieszkodliwość oraz możność oddania środka leczniczego w ręce chorego lub jego rodziny.

Piśmiennictwo. 1) F. Bezançon et M. Labbé. Maladies du systeme lymphatique. XXV w Nouveau Traité de medecine. Paris 1911, str. 87. — 2) Czajkowski. O niektórych powikłaniach ostrego samoistnego nieżytu gardzieli. Gazeta lek. 1891.— 3) cyt. podług Prof. Oertel. Die chemische Mandelgrubeninfektion und ihre Behandlung durch Tonsillektomie. Beiträge zur Anat., Phys., Pathol. u. Ther. des Ohres, der Nase u. des Halses. T. VI, Z. 2. 1913, str. 177. — 4) Doc. Dr M. Franke i H. Schusterówna. O znaczeniu etyologicznem schorzenia migdałków w sprawach t. zw. gośćcowych ostrych. Osobne odbicie z Przegl. lek. 1912, Nr 3, str. 17. — 5) F. Erbrich. O stosunku przewlekłych zwykłych i ropnych zapaleń migdałków podniebiennych do niektórych cierpień narządów wewnętrznych, jakoteż do miejscowych cierpień gardzieli i samych migdałków. Gazeta lek. 1913, Nr 45, str. 1271. — 6) L. Batawia. Przewlekłe stany gorączkowe pochodzenia migdałkowego oraz kilka uwag o istocie anginy i t. zw. powikłań anginowych. Gazeta lek. 1911, Nr 44 i 45. — 7) Szmurło. Tonsillotomia czy tonsillektomia? Gazeta lek. 1913, Nr 44. — 8) F. Erbrich. O zupełnem wyłuszczeniu migdałków podniebiennych (enucleatio tonsillarum). Gazeta lek. 1911, Nr 3. — 9) D'Espine. Acad. de med. 23 Juillet 1907. cyt. podług Ph. Bourdillon: Maladies du mediastin IV w La pratique des maladies des enfants Paris 1911 str. 633. — 10) Calmette. Drogi zakażenia gruźliczego. Gazeta lek. 1913 Nr 43. — 11) J. Raczyński. W sprawie gruźlicy u dzieci, osobne odbicie z Przeglądu lek. 1900 str. 9. — 12) H. Philippi. Das klinische Gesamtbild der endothorakalen Drüsen- u. Lungenhilustuberkulose der Erwachsenen. Beitr. zur Klinik d. Tuberkulose. Bd. XXI. 1911. — 13) W. Sukiennikow. Topographische Anatomie der bronchialen u. trachealen Lymphdrüsen. Dissert. Berlin 1903. — 14) L. D' Oelsnitz. Caractéres des troubles respiratoires et des images radioscopiques dans l'adenopathie tracheobronchique de la première enfance. Revue gén. de la med. franç. Przekład rosyjski pod redakcyą Rista i Bronisławskiego, 1912, Nr 39, str. 1054. — 15) De la Camp. Die klinische Diagnose der Bronchialdrüsentuberkulose. Ergebn. der inneren Med. und Kinderheilk. 1908. — 16) Siracoff. Ein wichtiges äusserliches Symptom der beginnenden Lungen- und Bronchialdrüsentuberkulose. Zeitschr. f. Tuberk. T. XI. Z. 5. 1907. — 17) J. Brudziński. Przyczynek do rozpoznawania przerostu gruczołów chłonnych okołooskrzelowych u dzieci. O objawie Smitha. Gazeta lek. 1900, Nr 22.— 18) Bandelier und Roepke. Die Klinik der Tuberkulose. Würzburg 1912, str. 594. — 19) B. Zabel. Bronchialdrüsendiagnostik. Münch. m. Woch. 3. December 1912, Nr 49. — 20) Dautwitz. Ueber Diagnose und spezifische Behandlung der latenten endothorakalen Drüsentuberkulose des kindlichen Alters. Beiheft zur med. Klinik. 1908, Nr 9, str. 247. — 21) O. Müller. Ueber Bronchialdrüsentuberkulose. Medizinisches Correspondenz-Blatt des Württemberg. ärzt. Landesvereins 13 November 1909, Nr 46, str. 926. — 22) M. Michałowicz. Opukiwanie kręgosłupa u dzieci w gruźlicy gruczołów tchawicznooskrzelowych. Przegląd pedyatr. 1909, Z. VI, str. 540. — 23) S. Starkiewicz. Gruźlica u dzieci w świetle najnowszych badań i poglądów. Nowiny lek. 1912, Nr 8, str. 463. — 24) M. A. D'Espine. Le diagnostic précoce de la tuberculose des ganglions bronchiques chez les enfants. Bull. de l'Academie de méd. Nr 5, 29. I. 1907, str. 168. — 25) Leroux. L'adenopathie tracheobronchique dans ces rapports avec la tuberculose chronique pulmonaire chez les enfants. Paris 1908. — 26) K. Lewkowicz. Gruźlica u dzieci. Przegląd lek. 1910, Nr 4, str. 50. — 27) Mauriquand. Lyon medic. Mars 1906 cyt. u Bourdillona: Maladies du mediastin. — 28) Prof. Engel. Beiträge zur Röntgendiagnostik der Bronchialdrüsenvergrösserung. Med. Klinik, 1913, Nr 9, str. 336. — 29) Pirquet. Die Tuberkulose. Rozdział w podręczniku E. Feer. Lehrbuch der Kinderh. II. Aufl. Verlag Fischer, Jena 1912. — 30) F. Drozdowicz. Badanie promieniami Roentgena, jako metoda dyagnostyczna płuc, jej wartość i zakres. Gaz. lek. 1913, Nr 2. — 31) Prof. E. Müller. Die Tuberkulose im Kindesalter, ihre Behandlung und Prophylaxe. Med. Klinik 1914, Nr 4, str. 141. — 32) Lwowski Tygodnik lek. 1914, Nr 13. Posiedzenie naukowe z d. 26. II. — 33) P. F. Armand-Delille. L'heliothérapie. Monographie clinique. Paris 1914, str. 21. — 34) J. Malgat. La cure solaire, les bains solaires chez les enfants. Traitement de la tuberculose. I. Chapitre. Les cures d'eaux, d'air et de régimes chez les enfants. Paris 1910, str. 52. — 35) Prof. de la Camp. Ueber die Behandlung der Lungentuberkulose mit Roentgenstrahlen. Med. Klin. 1913, Nr 49. — 36) Prof. de la Camp, Freiburg. Über Strahlentherapie der experimentellen und menschlichen Lungentuberkulose. Beitr. zur Klinik der Tuberk. VII Supplementband. 1914, str. 327. — 37) Bandelier u. Roepke, Lehrbuch der spezifischen Diagnostik und Therapie der Tuberkulose. Würzburg 1911, str. 256. — 38) B. Dębiński. Wartość terapeutyczna tuberkuliny i wskazania do jej stosowania. Gazeta lek. 1913, Nr 45. — 39) M. Selzer. O szczepionce Friedmanna, jako środku leczniczym i ochronnym w gruźlicy. Lwowski Tygodnik lek. 1914, Nr 17.— 40) Prof. Petruschky. Über eine Vereinfachung der spezifischen Therapie für die spezifische Tuberkulosebekämpfung in grösserem Stil. Beitr. zur Klinik der Tuberk. T. XXX. Z. I. 1914, str. 201.

O zadaniach społecznych lekarza prowincyonalnego w naszych warunkach.

przez

Dr Adama Jarosińskiego (Sterdyń).

(Odczyt zgłoszony na II Zjazd lekarzy prowincyonalnych Król. Pol. w Lublinie w maju 1914 r.).

»O ile powiększycie i polepszycie dusze wasze, o tyle polepszycie prawa wasze i powiększycie granice...« A. Mickiewicz.

Warunki ogólne w Królestwie Polskiem powstrzymały w ostatniem stuleciu rozwój kultury naszego narodu we wszystkich jego dziedzinach.

Osobliwie po roku 1863, gdy wszelka myśl zamarła, gdy nastąpiła zupełna dezoryentacya społeczeństwa naszego, gdy w sferze myśli tylko ruch pozytywistyczny zdolny był wyprowadzać naród z rumowisk myślowych i cmentarzysk ideowych, gdy warunki polityczne kraju tak się składały, że o żadnej szerszej społecznej pracy mowy być nie mogło, nagromadziło się mnóstwo niezaspokojonych potrzeb, wskutek czego pozostaliśmy daleko w tyle poza społeczeństwami kulturalnemi, w szeregu których stale podążaliśmy.

Rozglądając się naokoło siebie i spoglądając w głąb społeczeństwa naszego, musimy zdumiewać się ogromem zła i niedoli naszej. W którąkolwiek stronę spojrzymy, wszędzie zło i brzydota, zewsząd dolatują nas echa skarg i jęków, a świetlanych obrazów zbyt mało.

Słyszymy skargi na lud nasz, że jest ciemny i zabobonny, że jest niechlujny, leniwy, często nieuczciwy, niemoralny, ulegający pijaństwu.

Mówi się o naszych rzemieślnikach, że są nieucywilizowani, nieakuratni, niesumienni, a często zuchwali.

Często słyszymy skargi na młodzież naszą, że jest zdemoralizowana, lekceważy starszych, że często się burzy i zakłóca spokój publiczny, że niezawsze postępuje poprawnie.

Wiemy, że w miastach naszych szerzy się zepsucie, że mężczyźni są wyuzdani, zuchwale uprawiają rozpustę, że życie rodzinne w wielu przypadkach rozprzężone.

Mordy, zbrojne napady i procesy skandaliczne lat ostatnich zniesławiają nas po całym świecie i świadczą, że upadamy moralnie, że chciwość, chęć użycia górują ponad wszystko, że idealizmu życiowego w nas coraz mniej.

Narzekamy na brak swojskiego handlu i przemysłu, na ziemię, że nie wydaje plonu obfitego.

Stwierdzamy, że higiena u nas jest w zaniedbaniu, że śmiertelność znaczna i wynosi 28‰, że choroby nagminne, jak złe węże, pełzają po kraju i zabierają tysiące ofiar, że gruźlica jest postrachem ludności, że miasteczka i wsie nasze brudne, plugawe, budowane z łatwo palnego materyału, że często stają się pastwą płomieni.

Dziwimy się, że więzienia nasze przepełnione, że na alkohol wydajemy przeszło 40 milionów rubli rocznie, wtedy, gdy brak nam szkół, gdy mamy 70% analfabetów, gdy brak nam szpitali, domów i kąpieli ludowych, gdy drogi komunikacyjne są marne, a wylewy rzek sprawiają corocznie nieobliczalne straty.

Gdzie przyczyny tylu zła?

Czy istotnymi winowajcami są: lud wiejski, rzemieślnicy, młodzież, naród nasz?

O, nie narzekajmy na nasz naród, bo on jest lepszym od wielu narodów: to materyał bogaty, tylko nie wyzyskany, a co gorsza, srodze zaniedbany. Nie narzekajmy na lud nasz wiejski, na rzemieślnika, gdyż to bryły złota, chociaż jeszcze nieoszlifowane. Złą również nie jest i młodzież nasza, która ma w sobie wiele cech dodatnich i jest inteligentna; wystarczy do niej zbliżyć się z sercem gorącem i ze snopkiem zdrowego światła, a przekonamy się, jakie to skarby w tych młodych duszach się kryją. Nie narzekajmy też na naszą glebę, gdyż uprawiana starannie i z miłością staje się dla nas dobrą matką-żywicielką.

Kraj nasz jest bogaty, zdolny wyżywić wielką mnogość ludu, tylko nie zagospodarowany, nie urządzony. Trzeba podnieść oświatę, moralność, higienę, stworzyć odpowiednie środki komunikacyjne, uchwycić handel i przemysł w swoje ręce, a staniemy się jednym z najbogatszych narodów Europy.

Gdy obecna gospodarka nasza jest złą i nieumiejętną, oczywiście nie można winić tych, którzy zajmują stanowisko podrzędne, są ubodzy i muszą ciężko na chleb pracować. Wina naszych niedoborów społecznych leży po części w warunkach politycznych, w zależności i skrępowaniu, w jakich pozostajemy, w różnych utrudnieniach, z jakiemi każda zacna inicyatywa na każdym kroku się spotyka; w części zaś w nas samych.

Zaprzeczyć nie można, że okoliczności, w których się obracamy, są nam wrogie, wskutek czego wszelki czyn, bądź pojedynczy, bądź zbiorowy, są sparaliżowane, czem doprowadzani bywamy do zniechęcenia i apatyi.

Jednakże, »kto chce, ten wiele może, byle tylko chciał naprawdę« !

Przy silnej woli, zwłaszcza zbiorowej, zapory nie istnieją, trudności pierzchają, i gdybyśmy w naszych warunkach skrępowania to wszystko byli zdziałali, co nam pozostawało do zdziałania, to nie mielibyśmy obecnie powodu do narzekania. Przedewszystkiem więc należy otrząsnąć się z apatyi i zniechęcenia, powiedzieć sobie, że musimy zło naprawić, odrodzić się i zjednać dla siebie poważanie u obcych, jakie stopniowo tracimy. Tą myślą powinniśmy być wszyscy przejęci, osobliwie klasy możne i inteligentne.

Jakaż rola przypada w udziale lekarzowi?

Karol Libelt powiada o człowieku, że jest początkiem i końcem sztuk pięknych, jest ichześrodkowaniem. Jest to chodząca architektura, chodzące snycerstwo i malarstwo. Bo człowiek jest mieszkaniem i przybytkiem ducha, jest cielesną jego postacią, jego posągiem, jest jego kolorowym obrazem; w nim jest poezya i melodya. Zawód lekarza, mający na celu przywrócenie choremu człowiekowi zdrowia, jego pięknych cech zewnętrznych, uszkodzonych przez chorobę, jest estetycznym i wzniosłym. Na lekarzy przeto powinni kształcić się ludzie, którzy przejęci są tym wzniosłym celem, ludzie mający powołanie. Obok powołania musi być i odpowiednia wiedza, należyte przygotowanie do pracy.

Prowincya nasza, nie wyłączając i małych miasteczek, potrzebuje umiejętnych i samodzielnych lekarzy, którzyby umieli radzić sobie w poszczególnych przypadkach. Łatwiej

niedoświadczonemu lekarzowi z pożytkiem pracować w dużem mieście, gdzie są pod ręką szpitale i doświadczeni koledzy, — niż takiemuż lekarzowi, samotnie mieszkającemu w zapadłym kącie.

Nasz lud dziś chętnie się leczy, potrzebuje jednak dzielnych lekarzy. Błąd przeto czyni nasz polski lekarz, gdy zaraz po studyach uniwersyteckich osiedla się w małem miasteczku, gdyż, zanim nabędzie doświadczenia w wykonawstwie lekarskiem, nieraz przez długi okres czasu będzie zrządzać sobie i ogółowi krzywdę.

Lekarz, mający zamiar osiąść na prowincyi, bezwarunkowo powinien odbyć praktykę na oddziałach szpitalnych, których kierownicy doskonale rozumieją swoje społeczne zadanie i zawsze chętnie przyjmują młodych lekarzy, wypełniając tem braki w wykształceniu uniwersyteckiem.

A braków tych, osobliwie w uniwersytecie warszawskim, który od r. 1869, przekształcony ze Szkoły Głównej, stał się dla kraju instytucyą obcą, jest dużo. Uniwersytet warszawski jest bardziej dla nas obcy od każdego uniwersytetu zagranicznego, nie rozlewa bowiem wiedzy na kraj, nie bierze udziału w pracach, mających na celu uzdrowotnienie kraju, w pracach sanitarno-społecznych lub nawet statystycznych.

Konieczność odpowiedniego przygotowania się do pracy na prowincyi dotyczy osobliwie lekarzy szpitalnych i należy poczytywać za nieetyczne i niespołeczne, jeżeli o miejsce lekarza szpitalnego stara się lekarz, nie posiadający zamiłowania w pracy szpitalnej, nieobeznany z chirurgią, położnictwem, cierpieniami oczu i t. d. Wszak zdobycie zaufania ogółu do leczenia szpitalnego, jako najkorzystniejszego dla ludzi ubogich, powinno być naszym celem, na rozwoju bowiem szpitalnictwa powinno być oparte racyonalne lecznictwo ludowe. Potrzeba nam przeto przedewszystkiem dobrych i dzielnych lekarzy szpitalnych, od lekarza bowiem, jak wiemy, wiele zależy, by dany szpital cieszył się zaufaniem, prawidłowo działał i był prawdziwą ostoją dla cierpiących i nieszczęśliwych.

Specyalne zadanie ma lekarz szkolny.

Dziś, z małymi wyjątkami, nie mamy należycie zorganizowanego dozoru lekarskiego przy szkołach, zwłaszcza w szkołach rządowych. Lekarze tych szkół, zajmujący jednocześnie inne stanowiska i nic wspólnego nie mający z naszem społeczeństwem, nie mogą wiedzieć, czego od młodzieży naszej szkolnej trzeba wymagać, a co można uwzględnić. Lekarz taki, nie znający ojczystego języka uczniów, w którym chorzy najłatwiej swoje skargi i cierpienia mogą wypowiedzieć, traktuje zajęcie lekarza szkolnego, jako poboczne i nie może doskonale poznać młodzieży pod względem rozwoju fizycznego i umysłowego, ani też być tej młodzieży doradcą i opiekunem.

Lekarz szkolny, przejęty swojem powołaniem, będący przyjacielem młodzieży, może niejednokrotnie uchronić młode i wrażliwe dusze od zgubnych nałogów, może wyświetlić i umotywować stan umysłowy i fizyczny ucznia i polecić rodzicom odpowiednie postępowanie; może być najlepszym doradcą dla ucznia w wyborze stanu, może wpłynąć na stan higieniczny pomieszczeń szkolnych, często może zabezpieczyć szkołę od wtargnięcia chorób zakaźnych. Wogóle lekarz szkolny, wykładając w szkole naukę higieny, znając stan fizyczny i umysłowy każdego ucznia i posiadając głos w radzie pedagogicznej, wiele może uczynić w tak ważnej sprawie, jak wychowywanie młodzieży.

Nietylko lekarz szpitalny i szkolny mogą być pożyteczni ogółowi: lekarz na każdem stanowisku, czy to jako lekarz powiatowy, czy miejski, czy fabryczny lub więzienny, czy dominialny lub wolnopraktykujący, może wiele dobrego czynić, byle pamiętał, że wykonawstwo lekarskie i praca zawodowa lekarza nie wyczerpują jeszcze w całości zadań lekarza.

Jest wiele ułomności cielesnych i duchowych, które zależne są od ustroju danego społeczeństwa, od kultury, warunków społecznych i higienicznych danego kraju. Lekarz przeto, szeroko pojmujący swoje zadanie, powinien mieć na względzie nietylko leczonych przez siebie chorych, ale i całe społeczeństwo, którego jest członkiem. W stosunku do chorych lekarz nie powinien być automatem opukującym i osłuchującym, piszącym recepty, a baczniejszą powinien zwracać uwagę na czynniki, które choroby wywołują, nietylko leczyć chorobę, ale cierpieniom zapobiegać. A tych czynników, jak wyżej mówiłem, u nas jest wiele i polski lekarz powinien dokładnie zdawać sobie z nich sprawę.

Przedewszystkiem my lekarze powinniśmy uświadomić sobie, że po 1905 r. warunki naszego życia zmieniły się na lepsze, gdy posiadamy choć drobne przedstawicielstwo w Izbie Państwowej i jako tako możemy prowadzić walkę polityczną, gdy została ogłoszona tolerancya religijna i zniesiono cenzurę, gdy powstało prawo o stowarzyszeniach i mamy nadzieję uzyskania samorządu miejskiego i wiejskiego, gdy wogóle otwarło się nieco szersze pole do pracy społecznej.

Następnie powinniśmy wiedzieć, że w kraju naszym w ostatnich czasach odbywa się szybkie przeobrażenie, z narodu bowiem szlacheckiego stajemy się narodem chłopskim i na czoło naszego narodowego życia wysuwa się obecnie lud wiejski; że dziś na wsi skupiają się najważniejsze nasze sprawy i układ stosunków społecznych na wsi będzie stanowić o naszej przyszłości.

Lekarz powinien odczuwać to, że lud nasz potrzebuje jeszcze kierowników i że przed naszą inteligencyą leży otworem pole wielkiej i twórczej pracy, że do pracy tej potrzeba rąk i głów jaknajwięcej, by pracę tę przyspieszyć i jaknajprędzej pożądane wyniki otrzymać; że przy warsztatach tej pracy powinni stanąć wszyscy, kogo stać na to, i że my lekarze, osobliwie prowincyonalni, stale stykający się z ludem, nie powinniśmy pozostawać w tyle poza ruchem, jaki żywo już tętni na wsi naszej.

Przedewszystkiem lekarze powinni jednomyślnie starać się ująć w swe ręce wszystko to, co wchodzi w zakres medycyny społecznej, t. j. cały dział higieny, by podnieść stan sanitarny kraju, by współdziałać w zmniejszeniu śmiertelności.

Śmiertelność u nas jest duża i wynosi 28 na tysiąc ludności. W innych krajach Europy śmiertelność jest następująca:

w Szwecyi	16,3
w Anglii	18,4
w Belgii	19,6
w Szwajcaryi	19,8

we Francyi	21,6
w Niemczech	23,0

To nasze upośledzenie występuje wyraźnie nietylko w stosunku do zachodu, lecz nawet w porównaniu z Cesarstwem. Tak naprzykład dur brzuszny w guberniach nadbałtyckich stanowi 0,34% wszystkich przypadków zachorowań, w samorządnych guberniach Rosyi 0,81%, u nas 1,4%. Ospa w guberniach nadbałtyckich stanowi 0,48%, w ziemskich guberniach 0,31%, u nas 3,1%. Tożsamo można powiedzieć o błonicy, płonicy i innych chorobach zakaźnych, które stale dziesiątkują ludność naszą.

Że zmniejszenie śmiertelności już w prędkim czasie jest możliwe, dowodzą stosunki na zachodzie. Tak naprzykład w Berlinie w 1872 r. śmiertelność wynosiła jeszcze 31‰, a w 1895 r. 17,5‰. W całej Anglii śmiertelność od 1880 r. do 1897 r. spadła z 31,9‰ na 17,4‰, w Niemczech w tymże czasie z 26,9‰ do 21,3‰, a w Szwajcaryi z 21,9‰ do 17,4‰. W Warszawie po zaprowadzeniu kanalizacyi i wodociągów śmiertelność zmniejszyła się o jedną trzecią. W Galicyi spadła śmiertelność z 41·2‰ w r. 1872 na 27·85‰ w r. 1905.

Gdybyśmy mogli dojść do tego stanu, w jakim są dziś Niemcy, to mielibyśmy przeszło o 100.000, a w zestawieniu ze Szwecyą o 170,000 rocznie mniej przypadków śmierci. Nie trudno wyliczyć, jakie z tego stanu rzeczy ponosimy materyalne straty, nie wliczając w to strat natury moralnej.

Na tak duży odsetek śmiertelności u nas wpływają różne czynniki, które można uszeregować w następujący sposób: 1) ubóstwo ludu naszego, wywołujące niedostateczne odżywianie się przy nadmiernie ciężkiej pracy, 2) wysoce niehigieniczne urządzenie mieszkań, ciasnota w izbach, fatalne oświetlenie i niedostateczne opalanie, 3) brak czystej i zdrowej wody, 4) duża liczba martwych noworodków po wsiach, gdzie się odczuwa brak pomocy położniczej, 5) nieumiejętne karmienie niemowląt i nieszczęśliwe wypadki z dziećmi pozbawionemi ochronek, 6) niedostateczne szczepienie ospy, 7) brak należytej pomocy lekarskiej, a jednocześnie panowanie zabobonów i przesądów w razie choroby, 8) choroby zakaźne, którym sprzyja brud i z któremi obecnie prawie wcale nie prowadzi się walki, 9) alkoholizm, który jednocześnie gnębi nas materyalnie i moralnie, 10) brak znajomości higieny nietylko wśród włościan, lecz i inteligencyi, a często i niemożność stosowania higieny.

Wszystkie te czynniki obok ciemnoty, niezrozumienia potrzeb własnych i biernego poddawania się »Woli Bożej« wpływają na dużą u nas śmiertelność, i gdyby nie silna rozrodczość ludu naszego, to niewesołe horoskopy w tych warunkach moglibyśmy stawiać na przyszłość.

Wina, że u nas źle się dzieje, że miasteczka i wsie nasze są plugawe, że mamy dużą ilość chorych i znaczną śmiertelność, że trwonimy miliony na alkohol, leży nietylko po naszej stronie. Jest to wina w wielkim stopniu tych sfer, które stanowią u nas opiekę zdrowia publicznego. Przytoczę tu słowa Dra Polaka, wypowiedziane na Zjeździe higienistów Król. Pol., przed 5 laty odbytym tu w Lublinie.

Dr Polak mówił:

»Nie mamy w tym kraju ani zapomóg, ani kredytów na cele zdrowia publicznego, ani innej pomocy, ani zachęty nawet, co mówię, nie mieliśmy pozwolenia pracować dla zdrowia, zdobyliśmy je dopiero przed 10 laty, po wielu odmowach«.

»Gdy w Anglii, Danii, Niemczech, Francyi, Szwecyi, Norwegii, Holandyi, Belgii, Włoszech, Austryi, rząd z gminą łączą usiłowania swe, wydając setki milionów na organizacyę sanitarną i pomoc, u nas zdrowie publiczne »powierzono« kilku urzędnikom, nie znającym ani kraju, ani ludu, a każdy projekt, każdy wydatek przechodzi przez cenzurę urzędniczą o setki mil od nas. Gdy w sąsiednich Niemczech przez połączenie świetnej, na podstawach szerokiego samorządu opartej organizacyi i pomocy władz, miasta w krótkim czasie doszły do kwitnącego stanu zdrowotnego, u nas brak pomocy i żelazna obręcz, ściskająca inicyatywę społeczną, raczej usiłowała zgnieść postęp na polu higieny. Ten ciężki kamień, zastępujący lekką, w ciągłym ruchu będącą machinę sanitarną państw postępowych, tę bryłę nieczułą na setki tysięcy zgonów z chorób, którym zapobiedz można i należy, bryłę, którą tylko jakiś o tysiąc mil zaszły przypadek cholery zdawał się cokolwiek poruszać«.

Tyle powiedział Dr Polak.

Istotnie inicyatywa społeczna i prywatna u nas w kierunku uzdrowotnienia kraju jest trudna, jest jednak do pewnego stopnia dziś możliwa, i nasze Towarzystwo higieniczne, jak również lekarze, mający ciągłą styczność z ludem, mogą wiele zrobić.

Przedewszystkiem, rozwijając myśl, którą już niejednokrotnie w prasie poruszano, powinniśmy wypracować odpowiedni program, określający, co należy uczynić, by podnieść zdrowotność wsi i miasteczek naszych. Podobne programy należy wypracować również co do opieki lekarskiej nad szkołami i fabrykami, gdzie panujące dziś stosunki w tym względzie są nienormalne i pozostawiają wiele do życzenia. Programy te, jako wyraz koniecznych potrzeb naszego społeczeństwa, powinny być przez nasze przedstawicielstwo przedstawione Izbie Państwowej z odpowiedniem zaznaczeniem, że wszelkie zamiary i dotychczasowa działalność władz w zakresie szpitalnictwa i wogóle lecznictwa, podjęte z ubocznym celem i bez czynnego udziału społeczeństwa, zawsze u nas kończyły się niepowodzeniem; następnie, że higiena i lecznictwo ludowe u nas muszą być składową częścią ogólnej ekonomicznej gospodarki krajowej i w związku z nią traktowane.

Wychodząc z zasady, że uzdrowotnienie kraju nie może być wprowadzone w życie z powodzeniem, o ile w tej działalności nie weźmie świadomego udziału sama ludność, powinni lekarze wziąść się gorliwie do uświadamiania ogółu. Koniecznem jest obudzić w ludności przekonanie, że stosowanie zasad higieny jest korzystne przedewszystkiem dla samejże ludności. Niestety pod tym względem u nas nietylko lud, lecz często i inteligencya odznacza się zupełną ignorancyą. Nie możemy powiedzieć, by nasi ziemianie, księża, nauczyciele ludowi i t. p. byli wykształceni w zakresie higieny. Dlatego też lekarze powinni wpływać na te sfery i głosić zasadę, że wprowadzenie nauki higieny do wyższych i niższych szkół rolniczych, do seminaryów duchownych i nauczycielskich, do gimnazyów, do uniwersytetów na wszystkich wydziałach, a na-

wet do szkół ludowych w postaci pogadanek higienicznych, jest konieczne. Nie należy tu pomijać i innych dróg, jak propagowanie higieny zapomocą broszur ludowych, ulotnych przepisów, rozdawanych szeroko ludności, jak należy zachować się w chorobie i co czynić należy, aby nie zapaść na nią.

Największe jednak w tym względzie znaczenie może mieć żywe słowo — odczyty ludowe w zakresie higieny. W tych odczytach i pogawędkach, wygłaszanych w różnych zakątkach naszego kraju, należy kłaść nacisk na to, że uzdrowotnienie naszego kraju, wprowadzenie racyonalnej pomocy lekarskiej przez zakładanie dobrze urządzonych szpitali i zaprowadzenie powszechnego ubezpieczenia na wypadek choroby i niezdolności do pracy, są konieczne.

Dziś lekarz ma wolny wstęp do kółek rolniczych, do domów ludowych, do kooperatyw, licznie przez włościan zakładanych, ma tam prawo głosu i może mieć posłuch. Niech pracy tej wśród ludu nie unika, niech się zaprawia do pracy społecznej, gdyż po zaprowadzeniu u nas samorządu, co bądź-co-bądź kiedyś nastąpi, rola lekarza będzie dużą i poważną. Niech już dziś lekarz zdaje sobie dokładnie sprawę z fizycznych i moralnych naszych niedomagań, niech całem sercem i duszą współdziała w podniesieniu narodu, niech zdanie swoje wypowiada śmiało i otwarcie, niech głos jego jaknajczęściej dochodzi do uszu i świadomości tych, od których zależy poprawa naszych warunków.

Lud nasz dziś nietylko chętnie czyta, ale chętniej jeszcze słucha dobrych rad, żąda ich i często się do nich stosuje, więc według dawno wypowiedzianej nad Gangesem maksymy:

»Idź za głosem narodu,
on najwięcej niech znaczy,
i przywykaj za młodu
iść za głosem narodu.

Dla żadnego powodu
nie czyń nigdy inaczej —
idź za głosem narodu,
on najwięcej niech znaczy« *).

Lekarz na równi z kapłanem ma wstęp wszędzie, może jako lekarz i człowiek skorzystać ze swojego położenia, swojego stanowiska przyjaciela ludzkości, może w każdym przypadku być aniołem opiekuńczym, gdyż o ile jest przejęty swojem posłannictwem, chętnie jest wszędzie widziany i słuchany.

Nasi lekarze niejednokrotnie przyczyniali się do powstawania u nas w kraju pożytecznych instytucyi społecznych; wspomnę tu o szpitalach, które w większości przypadków zawdzięczają swój początek lekarzom, wspomnę o Towarzystwie higienicznem, o sanatoryach w Rudce i Drewnicy, o Pogotowiu ratunkowem w Warszawie i Łodzi, o Ogrodach dziecięcych, o Lidze przeciwgruźliczej, o instytucyi »Kropli mleka«, o stowarzyszeniu przeciwalkoholowem »Przyszłość« i t. d. Wszystkie te instytucye powstały dzięki inicyatywie dzielnych uspołecznionych lekarzy.

My tu dziś zebrani żywo odczuwamy potrzeby i braki naszego biednego kraju, naszego zaniedbanego społeczeństwa i pragniemy w miarę sił i możności przyczyniać się do poprawienia stanu rzeczy.

*) Myśli z nad Indu i Gangesu.

Powiedzmy dziś sobie, że pamiętamy o prawie rządzącem życiem, na mocy którego nic na miejscu nie pozostaje, a wszystko postępuje i doskonali się, że jedna praca ukończona nie daje prawa do wypoczynku, ale każe iść dalej, sięgać po coraz nowsze zdobycze, jest początkiem drugiej pracy, jest jednym ze szczebli drabiny, po której wspinać się należy.

Powiedzmy sobie, że pamiętamy również o jeszcze jednem prawie rządzącem przyrodą, na mocy którego każdy ustrój żyjący na to tylko czerpie materye odżywcze ze swego otoczenia, by mu je w odpowiedniej przemianie zwrócić z procentem, że zgadzamy się z tem, że ustrój nieprocentujący jest zjawiskiem nieprawidłowem, jest pasorzytem, zasługującym na zagładę, ponieważ nie wzbogaca, przeciwnie zuboża i krzywdzi.

Oby lekarz polski jasno zdawał sobie sprawę z fizycznych, moralnych i społecznych naszych niedomagań, oby był lekarzem w całem tego słowa znaczeniu, leczył wszelkie ułomności i dźwigał swoje społeczeństwo, oby nie rozstawał się z takim koniecznym warunkiem życia ludzkiego, jakim jest nadzieja.

. . . .

By jednak głos i wpływ lekarza posiadał należytą siłę i znaczenie, za mało jest mówić i nawoływać; potrzeba działać i przykładem świecić. Społeczeństwo nasze w wielu razach wykazuje dziś chęć do podniesienia się, do wyleczenia ze swych niedomagań.

My lekarze, krew z krwi i kość z kości tego społeczeństwa, również nie pozbawieni jesteśmy tych wad i jedni z pierwszych powinniśmy dać z siebie dobry przykład i pozbyć się swoich błędów.

Powinniśmy więc starać się podnieść nasz poziom umysłowy, etyczny i moralny, nie powinniśmy tolerować wśród siebie karyerowiczów, ludzi niemoralnych, przekupnych, nieetycznych, dopuszczających się czynów, graniczących z zakresem kryminalistyki.

Przedewszystkiem uleczmy samych siebie, starajmy się jedni z pierwszych »polepszyć i powiększyć nasze dusze«, idźmy według starej indyjskiej maksymy drogą prawdy:

»Pomnij, że prawdą stoi świat,
w niej wielka moc nad moce,
więc nigdy nie bądź fałszom rad,
pomnij, że prawdą stoi świat.

Ona, jak słońca blask, co padł
by czynić jaśń w pomroce —
pomnij, że prawdą stoi świat,
w niej wielka moc nad moce«.

(Myśli z nad Indu i Gangesu).

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Eiselsberg. **O natychmiastowych protezach po wycięciach żuchwy.** (Tow. lek. Wiedeń II, 1914). Po wycięciach częściowych, czy całkowitych żuchwy stosuje E. zaraz protezy t. zw. »immediat«, sporządzane z kauczuku twardego, zaopatrzone w rurki do płukania. Przed opera-

cyą dentysta bada chorego i zdejmuje wymiary, tak, że sztuczna żuchwa może być zaraz po operacyi włożona. Chorzy uczą się ową protezę czyścić i wyjmować. Protez musi chory mieć dwie, t. j. drugą rezerwową, gdyby jedna się zepsuła, albowiem tkanki rychło się ściągają i po przerwie nie możnaby łagodną drogą protezy założyć. Wynik kosmetyczny bywa bardzo dobry i chorzy są z takiej protezy bardzo zadowoleni. K.

Kienböck. **O wolu i hypertyreoidyzmie na tle rozszerzeń i tętniaków aorty.** (85. Zjazd niem. lek. i przyr. Wiedeń VIII. 1913). Badając licznych chorych z powodu rozszerzeń lub tętniaków aorty promieniami Röntgena, przekonał się K., że w wielu przypadkach spotyka się przytem powiększenie całego gruczołu tarczowego. Niema przytem ucisku tchawicy i podmiotowych objawów, natomiast często są wyraźne cechy hypertyreoidyzmu, zwłaszcza tachykardya. Powiększenie gruczołu pochodzi z przekrwienia żylnego, wywołanego uciskiem żyły głównej, względnie żył bezimiennych przez aortę. Z czasem wytwarza się jednak rzeczywisty przerost tarczycy. K.

Bircher. **Problem wola.** (Beitr. z. kl. Ch. 89. I). B. w pracy tej broni nadal swej teoryi, że przyczyną wola są zmiany, wywołane przez ciało, dostające się do ustroju z wodą, pochodzącą z pewnych warstw geologicznych. Ciało to podług D. jest koloidem i wywoływać też może zmiany w sercu, których B. nie uważa za powstałe jedynie wskutek hypertyreozy. W leczeniu dobre usługi oddaje lipojodyna i chinina, podawane wewnętrznie. K.

Bossart. **O 1400 operacyach wola.** (Beitr. z. kl. Chir. 89 I.). U kobiet wole występuje dwa razy częściej, niż u mężczyzn. Zmiany w sercu spotyka się w 13·7%, duszność w 5%. B. radzi operować jedynie w uśpieniu. Również Roux obecnie operuje znowu w uśpieniu, bo przy znieczuleniu miejscowem wstrząs jest za duży. W Aarau o ile możności stosuje się wyłuszczanie (67% operacyi). Odkażenie jodalkoholem, cięcie kołnierzowe Kochera, klamerki do szycia, drenik, a po 5—7 dniach opatrunek z kolodyum. K.

Bigler. **O zmianach serca przy wolu nagminnym.** (Beitr. z. kl. Chir. 89. I). Zmiany serca można zaledwo w połowie przypadków odnieść do zwężenia tchawicy, zresztą zaś mają one tło toksyczne. Tylko pewne rodzaje wolów wywołują zmiany w sercu. Mimo usunięcia przeszkody w tchawicy, powraca serce do stanu prawidłowego tylko w małej liczbie przypadków. K.

Blechmann. **Nadpępkowe nakłucie Marfana w przypadkach wysięku osierdnego** (Franc. medyc. 1914, Nr 4). Klasyczne nakłucie osierdzia nie jest pozbawione wielu niebezpieczeństw i z tego powodu o wiele więcej polecenia godne jest nakłucie pod wyrostkiem mieczykowatym. Nakłucie to może być wykonywane albo w środkowej linii, co jest najracyonalniejsze, albo też w kącie żebrowo-mieczykowym prawym lub lewym, co jest mniej pewne, bo z jednej strony osierdzie przylega z boków mniej do podstawy, a z drugiej płyn zbiera się zwykle w miejscu, do którego najłatwiej dojść od linii środkowej. Nakłucie od linii środkowej zastosował w praktyce w r. 1911 Marfan. Technika jest prosta. Wbija się igłę lub trójgraniec w pozycyi pół-siedzącej tuż pod wyrostkiem mieczykowatym, kierując narzędzie skośnie z dołu w górę. Igłę wbijamy około 2 ctm. głęboko, trzymając się tylnej powierzchni mostka, by ominąć otrzewnę, poczem kierujemy ją nieco ku tyłowi i wtedy przebijamy worek osierdziowy. Osierdzie opiera się na wypukłości przepony, powierzchnią o wymiarze poprzecznym 9—11 cm., a podłużnym 5—6 cm., a o kształcie nieregularnego owalu. Jeżeli musimy nakłuwać kilka razy, to celem oszczędzenia skóry wbijamy igłę nieco z boku, kierując ją jednak zaraz w głębi ku linii środkowej. Przeciwwskazania do tego sposobu są nieliczne, a mianowicie są one następujące: 1) nadmierna odma brzuszna (można zranić i żołądek), 2) wadliwa budowa mostka. Stopień zagłębienia igły zależy mniej więcej od wieku chorego: do 4 cm poniżej lat pięciu, do 5 cm od 5—10 lat, do 5—6 cm od 10—15 lat, około 6 u starszych. Sposób ten jest zdaniem Blechmanna łatwy, prosty, pewny i przedstawia stosunkowo najmniej niebezpieczeństw. K.

Rostoski. **O leczeniu nowotworów płuc i śródpiersia promieniami Röntgena** (Tow. lek. i przyr. Drezno XII 1913). Z 14 przypadków był w 3 wynik bardzo korzystny, w 7 polepszenie, reszta bez wyniku. Nawet w bardzo rozpaczliwych przypadkach można przez systematyczne leczenie promieniami Röntgena sprawić przynajmniej ulgę chorym i przedłużyć im życie. K.

Schmaltz. **Rozpoznanie raka płuc.** (Tow. lek. i przyr. Drezno XII, 1913). Rozpoznanie raka płuc może być nieraz bardzo trudne. Kierujemy się tu głównie następującemi wskazówkami: 1) gruczoły powyżej obojczyka; 2) bóle, pochodzące albo od przerzutów w kręgach albo od ucisku nerwów śródżebrowych; 3) plwocina krwawa, przyczem domieszka krwi w przeciwieństwie do innych cierpień, zwłaszcza gruźlicy, pojawia się miesiącami bez przerwy; 4) stłumienie, przechodzące nieraz poza linię środkową, brak gorączki, objawy zatkania oskrzela; 5) wysięki opłucne surowicze ew. krwawe, nieraz bardzo uporczywe i obfite. Pamiętać należy o tem, że raki płuc mogą nawet bardzo długo pozostawać na stopniu względnie jednakim. K.

Morestin. **Estetyka a leczenie ropnia sutka.** (Franc. medyc. 1914 Nr 4,). Przy nacięciach sutka z powodu ropni należy koniecznie liczyć się zawsze z wynikiem kosmetycznym i jeżeli zapewnimy, że »znaku nie będzie«, wtedy nieraz wcześniej namówimy chore na zabieg. Prawie zaś zawsze udaje się wyleczenie »bez znaku« zapomocą cięcia w otoczce brodawki, bo ta u kobiet karmiących jest bardzo szeroka. Z tego cięcia można doskonale w głębi otworzyć wszystkie ropnie i sączkować, bo są one zwykle połączone ze sobą kanalikiem (mają kształt ∞), ew. można w razie osobnego ropnia dojść do niego z drugiej strony otoczki. Wynik kosmetyczny bywa znakomity i operowane są za to nieskończenie wdzięczne. Naturalnie tam, gdzie o kosmetykę nie chodzi, lub skóra jest już zeszpecona, wykonujemy przecięcie jej w najdostępniejszem miejscu. Gdzie jednak można, powinniśmy, zdaniem Morestina, stosować sposób wspomniany. K.

Van Lier. **Uwięźnięcie przepukliny i jego następstwa.** (Münch. med. Woch. 1914 Nr 12). Autor nawołuje lekarzy, by o ile możności starali się nakłaniać chorych w razie uwięźnięcia przepukliny do operacyi, a nie odprowadzali przepukliny, bo ten zabieg nie jest wcale, jakby się może zdawało, obojętny. Wywołać on bowiem może w razie brutalnego wykonania przykre następstwa, nieraz nie wiedzie do celu, a żadnej gwarancyi nie daje, że uwięźnięcie na nowo nie wystąpi. Odprowadzać powinno się tylko wtedy, gdy stan chorego lub też inne warunki nie dozwalają odrazu operować. Bryant wykazał statystycznie, że odprowadzanie daje 9% śmiertelności, gdy operacye (objęte zaś tu są przypadki właśnie najcięższe) około 17·6%. Gdyby się operowało odrazu, to procent ten byłby oczywiście mniejszy. Świeżą przepuklinę uwięźniętą operować można w znieczuleniu miejscowem. Jest to zabieg lekki, uwalnia chorego na stałe od przepukliny i paska, jeżeli więc zastosuje się go wczas, to nie może iść w porównanie z odprowadzaniem, które tylko niejako na pewien czas pomaga choremu. K.

Kirchberg. **Leczenie zrostów otrzewnych.** (Med. Klin. 1914 Nr 13). Od lat trzech stosuje K. ze skutkiem przy zrostach otrzewnych leczenie z pomocą wielkich dzwonów, którymi wywołuje naprzemian wciąganie odpowiedniej części brzucha lub brzucha całego i ciśnienie zwiększone. Sposób ten okazał się bardzo dobrym i zupełnie nie niebezpiecznym. Przeciwwskazaniem są: wrzody

świeże lub świeżo zgojone żołądka lub jelit, nowotwory złośliwe i przypuszczenie sprawy ropnej. K.

E. Hesse i M. Hesse. **O częstości kamieni żółciowych na podstawie materyału sekcyjnego 17,402 przypadków.** (Beitr. z. klin. Chir. T. 89). Autorzy zbadali materyał sekcyjny w Petersburgu za lat 10 i na 17.402 sekcyi zebrali 378 przypadków kamieni żółciowych, co odpowiada 2·17%. Odsetek ten jest o połowę mniejszy, aniżeli w innych państwach, gdzie podają go na 5·64%. Najczęściej spotyka się kamienie w szóstym dziesiątku lat. Niemal w 84% kamienie nie dawały za życia wybitnych objawów, natomiast bardzo często spotyka się zapalenie pęcherzyka żółciowego bez kamicy. K.

Liokumowitsch. **O czynnościowej dyagnostyce chirurgicznych schorzeń nerek.** (Beitr. z. kl. Chir. T. 89). Anatomiczny stan nerki nieraz nie idzie w parze z jej czynnością i dlatego często wynik badania fizyczno-chemiczno-drobnowidowego różni się od badania czynnościowego, a dla chirurga przekonanie się o sprawności nerki jest rzeczą pierwszorzędnej wagi. Z podanych prób ma L. wielkie zaufanie do florydzyny (badanie odsetkowe cukru w poszczególnych porcyach). Natomiast zupełnie fałszywe wyniki daje nieraz oznaczanie ilościowe zaczynu diastatycznego. Przy próbie indygowej baczyć należy na czas, kiedy zjawi się wybitne zabarwienie (a nie pierwsze ślady). Kryoskopia nie wyjaśnia więcej sprawy, niż zwykłe badanie ciężaru gatunkowego. Oznaczanie ilościowe chlorków i mocznika ma znaczenie, o ile możemy je porównać z ilościami, pozostającemi w ustroju. K.

Katzenstein: **Garbowanie wiotkich więzadeł.** (Berl. Tow. chirurg. III, 1914). Dla wzmocnienia wiotkich więzadeł, zwłaszcza na stopie, radzi Katzenstein na podstawie swoich doświadczeń na ludziach wstrzykiwania 4% formaliny w więzadła celem ich garbowania. Wstrzykiwania te, aczkolwiek robione w znieczuleniu miejscowem, są jednak bardzo bolesne. K. odniósł jednak wrażenie, że działają one znakomicie, zwłaszcza przy stopie płaskiej bolesnej. Po wstrzyknięciu i redresyi opatrunek gipsowy. (W dyskusyi przyjęto pomysł Katzensteina bardzo skeptycznie). K.

Flörcken. **Kliniczny przyczynek do zastosowania okrężnego szwu naczyń krwionośnych.** (Münch. med. Woch. 1914, Nr 12). Szew naczyń krwionośnych znajduje obecnie coraz to szersze zastosowanie, a mianowicie przy urazowych przerwaniach naczyń, przy wycinaniu tętniaków, przeszczepianiu naczyń, łączeniu żył z tętnicami (Wieting, Delbet), operacyi marskości wątroby (łączenie żyły głównej dolnej z wrotną), a wreszcie przy przetaczaniu krwi. T. opisuje swój przypadek: 7-letnia dziewczynka skaleczona została przez maszynę w ten sposób, że lewe ramię aż do kości było zupełnie przecięte i pozostał tylko mały mostek części miękkich z nerwem łokciowym. Zeszycie nerwów, mięśni i zeszycie okrężne tętnicy ramieniowej. Żył nie udało się spoić. Wyleczenie. K.

Baeyer. **Działanie wyciągu** (extensio). (Münch. med. Woch. 1914, Nr 11). Wyciąg zastosowany na staw może mieć także w przypadkach nie urazowych wielkie działanie lecznicze, albowiem, jak to wykazały badania doświadczalne, między innymi i autora, zmniejsza on ciśnienie śródstawowe, ustala staw, zmienia powierzchnie styczne, uciska na wysięki przez napięcie torebki, działa kojąco na ból, wywołuje przekrwienie części miękkich i kości i t. d. Z tego też powodu zalecają obecnie wyciąg po różnych cierpieniach stawowych z wysiękiem lub też bez wysięku, a nawet przy sprawach ropnych. Zwykle po założeniu wyciągu opada ciepłota, bóle znikają i sprawa okazuje wybitną skłonność do gojenia się. K.

Lichtenstein. **Leczenie przykurczeń stawowych zapalnego pochodzenia zapomocą termopenetracyi.** (85. Zjazd niem. lek. i przyr. IX, 1913). Leczenie polega na tem, że przykurczony staw przegrzewamy aż do chwili, kiedy staje się niebolesnym i wtedy podczas dalszego przegrzewania energicznie uruchomiamy go, co udaje się nieraz bardzo dobrze, bo tkanki są podatniejsze, a ból nie przeszkadza w zabiegach. Sposób ten nadaje się zwłaszcza do uruchomiania przykurczeń na tle trypra, gośćca i przykurczeń urazowych, mniej w przypadkach cierpień dnawych, lub zniszczenia kości, a przeciwwskazany jest w sprawach gruźliczych. K.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Sekcya neurologiczno-psychiatryczna.

II. Posiedzenie z d. 14. II. 1913 w Kochanówce.

1) Kol. Kruze-Pawłowska przedstawia chorą F. H. l. 28. Chora przybyła do szpitala 5 listopada 1912. O dziedziczności ze strony bliższych i dalszych krewnych, a także o wieku dziecięcym chorej wiadomości brak. Wyszła za mąż w 22. r. życia; mąż 3 lata przed ślubem przechodził kiłę; leczył się wcieraniami w ciągu 2 lat. W 27 miesięcy po ślubie chora poroniła w 3. miesiącu ciąży, w 5 miesięcy później — poronienie w 10. tygodniu; w 3 lata po ślubie — poronienie 2-miesięczne; więcej chora w ciążę nie zachodziła. Do sierpnia 1912 r. żadnych objawów chorobowych nie było; w sierpniu 1912 r. chora według słów męża zapadła na porażenie prawostronne z utratą mowy. Stan ten trwał około 2 dni i ustąpił zupełnie; w miesiąc potem chora dostała zapalenia kiszki ślepej. W połowie października r. 1912 chora stała się apatyczną, przestała zajmować się gospodarstwem, w czasie 2-dniowej nieobecności męża bardzo za nim tęskniła, a po powrocie nie odstępowała go. Wkrótce zaczęły występować napady lęku, to znów śmiechu bez przyczyny. 2. XI. chora stała się niespokojną, zaczęła zdzierać ubranie, wybiegać na dwór tylko w koszuli, to znów chowała się po kątach; stan ten trwał przez 3 dni, t. j. do chwili przybycia do Kochanówki. W chwili przybycia do zakładu waga 47 kg, ciepłota 36,4°; w narządach wewnętrznych nic szczególnego. Odruchy kolanowe, Achillesowe i okostne promieniowe żywsze po stronie prawej, źrenica prawa nieco szersza od lewej, nieregularna, na światło nie oddziaływa, lewa oddziaływa słabo. Odczyn Wassermana we krwi i płynie mózgowo-rdzeniowym dodatni; faza I. Nonne-Apelta dodatnia, limfocytów w 1 mm^3 płynu mózgowo-rdzeniowego 31. Co do stanu psychicznego, to w pierwszych dniach pobytu chorej zauważono całkowitą desoryentacyę co do miejsca czasu i otoczenia, a także negatywizm i stereotypię. Po paru dniach nastąpiło podniecenie ruchowe, potem chora zaczęła wyrywać włosy, zrywać ubranie i godzinami całemi przesiadywała w jednej pozycyi, równocześnie zaczęła się zanieczyszczać. W styczniu 1913 r. chora często płacze, skarży się, że w około tyle kału, rękoma i paznokciami czyni ruchy, jak gdyby coś zgarniała, i przy tem pluje z wyrazem wstrętu. W mowie — koprolalia. W lutym — chora trochę spokojniejsza, pozwala się ubierać, skarży się, że ma tak małe ręce i tak duże nogi. Mówi chętnie i dużo, w mowie — wybitna stereotypia. Z początkiem stycznia zjawiły się u chorej pod pachą prawą gruczoły wielkości orzecha włoskiego, a wkrótce potem na powierzchni mięśnia piersiowego dużego obrzęk ciastowaty, po paru dniach chełbotanie; nakłucie stwierdziło obecność ropy; ciepłota sięgała przez parę dni do 39,5°; sprawę tę określano, jako gruźliczą. Streszczając ten przypadek, widzimy, że psychoza nastąpiła w 6 lat po prawdopodobnem zakażeniu kiłowem, na coby wskazywała kiła u męża, 3 poronienia, a nadewszystko odczyn Wassermana dodatni w płynie mózgowo-rdzeniowym i we krwi. Ze względu na objawy ze strony

układu wzrokowego, na szybki przebieg kliniczny, wiodący do tak znacznego rozpadu władz umysłowych i na wyniszczenie fizyczne (chora waży obecnie 35 kgr; w okolicy kości krzyżowej wystąpiła odleżyna), nadewszystko zaś na odczyn Wassermana, dodatni we krwi i w płynie, przyjąć należy psychozę na tle kiłowem, albo parakiłowem. Brak objawów ogniskowych, szybki rozpad władz umysłowych i tak znaczne wyniszczenie przy dodatnim odczynie RW. skłania do rozpoznania porażenia postępującego. Przypadek ten jest ciekawy przez to, że dotyczy kobiety młodej, liczącej l. 28, która zaraziła się kiłą od męża przed 6 laty, i że sprawa przebiega bardzo szybko (od początku choroby upłynęło zaledwo 6 mies.) z objawami katatonicznymi, co nie jest zjawiskiem zwykłem w przebiegu porażenia postępującego.

W dyskusyi: a) kol. Pański zwraca uwagę, że objawów, które są typowe dla porażenia postępującego, nie ma; przebyta kiła dowodzi tylko, że psychoza rozwinęła się u osobnika, który przechodził zakażenie kiłowe. Mowca prosi o podkreślenie objawów, swoistych dla porażenia postępującego. Porażenie połowicze przy porażeniu postępującem zdarza się częściej w przebiegu, lecz nie w początku choroby. — b) Kol. Pawłowska: Odczyn Wassermana dodatni tak we krwi, jak i w płynie przemawia za porażeniem postępującem; również za porażeniem postępującem przemawia szybki rozpad władz umysłowych i ogromne wyniszczenie fizyczne.— c) Kol. Dąbrowski ze względu na dodatni odczyn Wassermana w płynie mózgowordzeniowym, który zdarza się bardzo często przy porażeniu postępującem, lecz rzadziej przy kile mózgu, a także ze względu na szybki przebieg choroby, oświadcza się za porażeniem postępującem.— d) Kol. Chodźko: Porażenia połowiczne, przemijające są względnie częstem zjawiskiem właśnie w początku porażenia postępującego. Fizyczne wyniszczenie, odleżyny i tak znaczny rozpad władz umysłowych przemawiałby także w danym wypadku za porażeniem postępującem. — e) Kol. Klozenberg przychyla się do rozpoznania porażenia postępującego. Z własnej praktyki przypomina sobie przypadek wiądu rdzenia, który wystąpił w 2 lata po zakażeniu kiłowem; leczenie w takich przypadkach nie wywiera, zdaje się, wielkiego wpływu na szybkość powstania choroby posyfilitycznej.— f) Kol. Pański przytoczonych dowodów nie uważa za wystarczające do rozpoznania porażenia postępującego; różniczkowe rozpoznanie pomiędzy kiłą mózgu a porażeniem postępującem — w danym przypadku jest trudne. Przemijające porażenia połowicze uważa za typowe dla kiły mózgu, a nie dla porażenia postępującego. Zapytnje, czy to porażenie połowiczne było stwierdzone przez lekarza? — g) Kol. Pawłowska opisuje powstanie porażenia połowiczego, które trwało 2 dni; to porażenie mogło wystąpić na tle zaburzeń naczynioruchowych.

2) Kol. Rzążewski przedstawia chorego J. P., liczącego l. 32, byłego studenta. Chory przyjęty do szpitala w r. 1905. Obarczenia dziedzicznego niema; po ukończeniu gimnazyum służba wojskowa, nadużywanie alkoholu, w tym czasie przebyta kiła, przez 3 pierwsze lata nieleczona, dziwactwa, osłupienie (stupor), chory nic nie mówi od 3 lat. Badanie kliniczne w r. 1905 roku wykazało, co następuje: Oddziaływanie źrenic prawidłowe, odruchy ścięgniste kończyn dolnych bardzo wzmożone, chód kurczowoniedowładowy, w palcach obu dłoni niestale występujące ruchy, zbliżone do atetozy; incontinentia et retentio urinae; wybitne objawy katatoniczne, wybitny negatywizm. Badania stanu psychicznego nie można przeprowadzić, gdyż chory nic nie mówi. Taki stan chorego trwa już 7 lat, jedynie tylko pewne objawy ulegały zmianom, mianowicie wystąpiła nierówność odruchów kończyn dolnych i górnych, zaburzenia w oddawaniu moczu i stolca. W ogólnym stanie chorego zauważano od czasu do czasu polepszenia i pogorszenia. Płyn mózgowo-rdzeniowy, wydobyty poraz pierwszy w 1910 r., barwy cytrynowo-żółtej; odczyn Nonnego bardzo wyraźny: obfity strąt białka, występujący po dodaniu odczynnika, zabarwia się na żółto; nad strątem pozostaje płyn bezbarwny; odczyn Wassermana w płynie ujemny, w surowicy krwi — niewyraźny (+ + — —) Leczenie rtęcią bez skutku. Badanie powtórne płynu po miesiącu dało ten sam wynik, ilość limfocytów wynosiła $3^1/_2$ w jednym mm^3. Nakłucie lędźwiowe, wykonane po raz trzeci po upływie jeszcze jednego miesiąca, wykazało płyn cytrynowo-żółty, po $^1/_2$-godz. staniu w ciepłocie pokojowej następuje samoistnie skrzepnięcie. płyn pozostaje przezroczysty, ale przechylając probówkę, widzi się galaretowatą masę. oddzielającą się od reszty płynu. W ostatnich dniach wykonano znów nakłucie i wydobyto płyn o podobnych własnościach (demonstracya płynu). Obecny stan chorego zupełnie podobny; chory nic nie mówi, nierówność odruchów na kończynach dolnych i górnych, kończyny górne chory trzyma zgięte we wszystkich stawach, zatrzymanie moczu i zaburzenia w oddawaniu stolca, na ciemieniu głowy skóra prawidłowo owłosiona układa się w fałdy, przebiegające w kierunku strzałkowym, pomiędzy fałdami wyraźne bruzdy. Na skórze głowy brak wszelkich innych zmian. Rozpoznanie: **Dementia praecox,** katatonia, alcoholismus chronicus. Pachymeningitis haemorrhagica spinalis chronica, cutis verticis gyrata Jadassohn-Unnae.

W dyskusyi: a) Kol. Pański przypuszcza stwardnienie rozsiane (brak odruchów brzusznych, nierówność i wahania w zachowaniu się odruchów). — b) Kol. Chodźko oświadcza się za obecnością pachymeningitis hemorr. int, za czem przemawia przedewszystkiem ciągle utrzymująca się ksantochromia. Brak drżenia oczu i drżenia kończyn przy ruchach przemawia przeciw stwardnieniu rozsianemu; zresztą przy tem cierpieniu nigdy nie spostrzegano ksantochromii.— c) Kol. Pański nie zgadza się na przypuszczenie jakiejś sprawy nowotworowej, ponieważ w takim razie byłby przebieg szybszy, byłyby bóle szczególnie przy nowotworze, idącym od zewnątrz, a w danym przypadku ich nie ma. Brak zaników mięśniowych przemawia przeciw pachymeningitis haemorrhagica interna.

3) Kol. Chodźko i Dąbrowski. **Przypadek porażenia postępującego o niezwykle szybkim przebiegu** (rzecz przeznaczona do druku).

4) Kol. Dłutek przedstawia chorego I. M., lat 46. Chory stanu wolnego, pochodzi z rodziny nieobarczonej dziedzicznie, przed 3 laty kiła. Od wystąpienia wrzodu twardego chory dostał 24 wstrzyknięć rtęciowych, po których wystąpiły bardzo silne bóle głowy. W $^1/_2$ roku potem zastosowano salwarsan śródmięśniowo w pośladek dwa razy w miesięcznym odstępie. Po 2 miesiącach z powodu nawrotu bólów głowy zalecono choremu jodek potasowy i wcierania, podczas których wystąpiło porażenie lewostronne z utratą mowy i przytomności; stosowano wówczas w ciągu 2 miesięcy salwarsan śródżylnie w rękę 3 czy 4 razy, poczem przytomność umysłu i mowa powróciły, porażenie lewostronne bez zmian. Po paru tygodniach chory otrzymał znów dwa razy śródżylnie w rękę salwarsan i 8 wcierań, a po 4 miesiącach 30 wcierań i jodek potasu. Badanie obecne stwierdza porażenie lewostronne połowicze, oraz porażenie gałązki dolnej i środkowej lewego nerwu twarzowego. Język zbacza w stronę prawą; drżenie włókienkowe miernego stopnia. Przy otwieraniu ust i pokazywaniu zębów zaznacza się wyraźny niedowład gałązki środkowej dolnej nerwu twarzowego lewego. Prawa źrenica szersza od lewej, oddziaływanie na światło obydwu źrenic leniwe. Wzrok upośledzony, drżenie oczu poziome, wyraźne przy patrzeniu w stronę lewą. Zez zbieżny na oku lewem nieznacznego stopnia. Upośledzenie słuchu większe po stronie prawej. Przy opukiwaniu czaszki strona lewa wrażliwsza od prawej, szczególniej w części czołowej. Strona lewa wrażliwsza na ucisk, zimno i ciepło, niż prawa. W kończynie górnej lewej wybitne zaburzenia stereognostyczne. Chód kurczowo-porażny. Objawu Romberga niema. Wybitny bezład ruchów w kończynie lewej dolnej. Dysartryi niema. Odruchy ścięgniste po stronie lewej żywsze, niż po prawej.

Odruchu Babińskiego niema. Mostkowy lewostronny wybitny, prawostronnego brak. Niema zaburzeń psychicznych, ani omamów wzrokowych. W sercu niema zmian. Mocz zmian nie przedstawia. Odczyn Wassermana wypadł: we krwi dodatnio, w płynie mózgowordzeniowym z ilością 0,4 cm ujemnie. W 1 mm płynu mózgowordzeniowego 29 limfocytów i 2 leukocyty. Próba Nonne-Appelta w płynie mózgowordzeniowym ujemna. Na podstawie powyższego badania, a również i obserwacyi chorego dochodzimy do rozpoznania **kiły mózg.-rdzen.**, opierając się głównie na wyniku odczynu Wassermanna dodatnim we krwi, a ujemnym z płynu mózgowo-rdzeniowgo. Zastanawiając się nad rokowaniem i leczeniem danego przypadku, musimy stwierdzić, że przypadek ten należy do takich postaci kiły mózgowordzeniowej, które niezmiernie trudno poddają się leczeniu swoistemu, na coby wskazywało dość starannie przeprowadzone leczenie swoiste, które jednakże pozostało bez skutku. Wobec tego stosowanie kuracyi mieszanej w sposób zwykły prawdopodobnie nie doprowadziłoby do pożądanych wyników i należy spróbować stosować rtęć w postaci wstrzykiwań podoponowych.

W dyskusyi: a) Kol. Rieder pyta, jak chory leczony jest obecnie.— b) Kol. Chodźko ze względu, że chory był już intensywnie w rozmaity sposób leczony, uważa tu leczenie za beznadziejne. — c) Kol. Dąbrowski proponuje wstrzykiwania podoponowe do rdzenia rtęci koloidalnej lub elektralgolu.—d) Kol. Pański porusza sprawę siedziby zmian chorobowych; nie wie, jak wytłómaczyć zaburzenia czucia w połączeniu z brakiem odruchu Babińskiego, Oppenheima: sądzi, że przy takich zaburzeniach czucia antereognozyą trudno stwierdzić, ponieważ maskują ją właśnie inne zaburzenia. W końcu oświadcza się za siedzibą sprawy w torebce wewnętrznej, gdzieś w blizkości pęczka czuciowego. e) Kol. Chodźko zwraca uwagę na głuchotę, która często następuje w porażeniach kiłowych. f) Kol. Dąbrowski sądzi, że hyperalgezya w zakresie nerwu trójdzielnego, jak i zawroty głowy nasuwają myśl o sprawie, która mogłaby nagabywać i opony. g) Kol. Pański nie umie sobie wytłómaczyć braku czucia w dłoni. Przytacza przypadek napadu udarowego bez zaburzeń ruchowych, lecz z zaburzeniami czucia. h) Kol. Klozenberg przypuszcza, że tu istnieje zapewne nie jedno, lecz kilka ognisk, główne w torebce wewnętrznej; brak odruchu Babińskiego tłómaczy znacznemi zaburzeniami czucia, przeczulice dadzą się wytłómaczyć, zaburzeniami ze strony opon tak na podstawie, jaki w rdzeniu. Co do leczenia, proponuje kombinacyę salwarsanu z olejkiem kalomelowym. — i) Kol. Chodźko nie godzi się na zdanie, żeby upośledzenie czucia w danym przypadku tłomaczyło brak odruchu Babińskiego.

Polskie Towarzystwo lekarskie w Kijowie.

Posiedzenie zwyczajne d. 23. października 1913.

Przewodniczący Knothe. Obecnych członków 27 i gości: Dr Tarnawski, Kiernicki, Łotocki, Jan Dąbrowski i K. Łodziński.

1) Przed porządkiem dziennym pokaz Dr Cichockiego. Dziewczynka $6^1/_2$ letnia. Starsza jej siostra karmiona przez matkę przez pierwsze 4 miesiące życia, potem oddana na mamki, umarła. Chorą również karmiła matka 4 miesiące, poczem tak samo oddała ją mamce. Pod »opieką« tej mamki dziecko przebyło ciężki nieżyt żołądkowo-jelitowy, z którego mało co nie umarło. Chora zaczęła chodzić, mając dwa lata. Mniej więcej w tym samym czasie upadła na głowę i straciła wówczas na jakiś czas przytomność, wymiotowała, następnego dnia jednak zupełnie przyszła do siebie. Z chorób dziecięcych przebywała tylko odrę. Przed trzema miesiącami uderzona została chora ręką w głowę, co wywołało znaczny przestrach, od tego też jakoby czasu datuje się obecna choroba, polegająca na nadmiernem moczeniu. Chora oddaje 5700—8000 cm^3 moczu na dobę. Ciężar właściwy 1002, poza tem w moczu nie znaleziono nic nieprawidłowego. Chora niedokrwista z wybitnymi śladami przebytej krzywicy (głowa siodłowata, uzębienie nieprawidłowe, zęby poprochniałe, klatka piersiowa zniekształcona o typie klatki jak przy rozedmie płuc). W prawym szczycie zaostrzony oddech z przedłużonym wydechem. Krzepliwość krwi nieco zmniejszona, eozynofilia $8^0/_0$. Chorą ma Cichocki w obserwacyi dwa tygodnie. Dopiero dalsze spostrzeżenia wykażą, czy mamy tu esencyonalną, czy też objawową **moczówkę prostą** (diabetes insipidus).

W dyskusyi a) Bratkowski zapytuje, czy eozynofilię referent stawia w związku z moczówką, czy też może przypuszczać należy obecność pasorzytów jelitowych. — b) Knothe pyta o ewentualne zmiany ze strony narządu nerwowego oraz o warunki dziedziczności. — c) Cichocki odpowiada, że w istocie dziewczynka cierpi na glisty, czem też należy tłómaczyć eozynofilię. Ze strony układu nerwowego stwierdzono dermatografię i wzmożenie odruchów, co się tyczy dziedziczności, to ojciec zdrów, matka cierpi na gruźlicę, którą też zapewne dotknięta jest chora (zajęcie prawego szczytu).

2) Hoffman: **O zespole Morgagni-Adams-Stokesa** (z pokazem chorej). Chora, 53-letnia, uważa się za chorą od stycznia bieżącego roku. Wówczas zaczęły się krótkotrwające, bez widocznej przyczyny występujące omdlenia i drgawki. Równocześnie zaczęły się zaznaczać osłabienie i duszność. Badanie wykazało znaczne zwolnienie tętna (32—36) odpowiednio do skurczów komorowych. Skurcze przedsionkowe, sądząc z tętna żyły jarzmowej, są znacznie częstsze, co ilustrują przedstawione przez referenta krzywe kardyograficzne i elektrokardyograficzne. Następnie referent streścił panujące obecnie poglądy na zespół Adams-Stokesa i związek ich ze współczesną teoryą działalności serca.

Dyskusya: a) Remińska pyta, czem tłómaczyć zawroty głowy, występujące w tym przypadku? — b) Piotrowska prosi o bliższe wyjaśnienie teoryi wydzielania wewnątrzmięśniowego. — c) Bratkowski pyta o różniczkowe rozpoznawanie pomiędzy objawem Adams-Stokesa a skurczami dodatkowymi (extrasystole) przedsionków. — d) Cichocki stwierdza, że zespół w tej postaci, w jakiej go opisał Morgagni, przedstawia właściwie typ ośrodkowo-nerwowy, a w postaci, opisanej przez Adams-Stokesa, — typ mięśniowy; co się tyczy zahamowania skurczów automatycznych, to Cichocki nie rozumie, z jakiej przyczyny ono ma występować właśnie przy zapaleniu mięśnia sercowego.

e) Hoffman odpowiada Remińskiej, że zawroty głowy, występujące w ciągu napadów, tłómaczą się dostatecznie powstającem wówczas niedokrwieniem mózgu, co łatwo zrozumieć, jeśli się uwzględni, że opisano przypadki, w których działalność serca zatrzymywała się na 130 sekund. Piotrowskiej odpowiada H., że teoryę wewnątrzmięśniowego wydzielania podał Gaskell. Przypuszcza on mianowicie, że podczas rozkurczu włókna mięsne pęczków automatycznych wydzielają pewną drażniącą substancyę, której nagromadzenie wywołuje następnie skurcz. Bratkowskiemu odpowiada H, że w danym przypadku n. p. nie może być mowy o skurczach dodatkowych (extrasystole) wobec tego, że jeden i ten sam obraz otrzymujemy na całym szeregu krzywych kardyograficznych; Cichockiemu, że zapalenie mięśnia sercowego wywołuje zahamowanie czynności serca wówczas, gdy wskutek niego ulegnie zniszczeniu pęczek Hisa.

3) Makowski: a) Pokaz **wyrostka robaczkowego**, pochodzącego z chorego, który poprzednio już miał jeden napad, trwający tydzień i zakończony samoistnem wyzdrowieniem. Dopiero po 10 miesiącach zdrowia wystąpił drugi napad. Piątego dnia referent stwierdził ropowicę (phlegmone) w okolicy prawej moszny i krocza z martwicą podściółki tłuszczowej oraz naciek okolicy kiszki ślepej. Cięcie w okolicy moszny, poczem ranę wysączkowano. Po 5 dniach, skoro się rana oczyściła, cięcie w okolicy wyrostka, któ-

rego jednak na razie nie można było znaleść. Cała kiszka ślepa i jej otoczenie mocno naciekłe i stwardniałe. Następnego dnia podczas oczyszczenia rany znalazł M. wyrostek, który, jak się pokazało, oddzielił się był samoistnie. Wyzdrowienie. Makowski stwierdza, że nawet operując »à chaud« zrzec się można na razie odszukania i usunięcia wyrostka tylko tam, gdzie, jak to było w tym przypadku, szukanie połączone było z niebezpieczeństwem dla chorego, gdyż usunięcie wyrostka bywa gwarancyą dalszego pomyślnego przebiegu. Dalej zwraca referent uwagę na to, że obecnie operując we wczesnych okresach choroby, zaszywa się po usunięciu wyrostka ranę na głucho, nawet wtedy, kiedy znaleziono w jamie brzusznej niewielką ilość płynu mętnego, lub ropy i przytacza przypadek, dotyczący dziewczynki, niedawno operowanej w 6 godzin po rozpoczęciu się napadu, gdzie to uczynił pomimo znalezienia ropnego płynu w jamie brzusznej. Przebieg pooperacyjny był zupełnie pomyślny.

b) **Rentgenogram kości udowej**. Chory na prowincyi doznał złamania w okolicy górnej $^1/_3$ kości udowej. Opatrunek gipsowy, który zdjęto po upływie 3 tygodni, przyczem pokazało się, że odłamki nie zrośnięte, a kończyna znacznie krótsza (10 cm). Chorego przewieziono do Kijowa. Odprowadzenie krwawe, zeszycie złamania w postaci mundsztuka fletu (Flötenschnabelfractur) w dwóch miejscach bronzowo-aluminiowym drutem. Opatrunek zdjęto po 4 tygodniach; zupełne zrośnięcie bez żadnego skrócenia.

c) Preparat drobnowidowy przewlekłego **zapalenia sutka.** Chorą przysłano z rozpoznaniem raka w celu wykonania operacyi. Referent stosownie do tego, co zwykle czyni w podobnych przypadkach tam, gdzie niema »periculum in mora«, wyciął kawałek guza, w którym badanie drobnowidowe nie wykazało ani śladu złośliwego nowotworu.

d) **Rentgenogram stawu biodrowego** 25-letniej panny, która w wieku 2 lat zaczęła po spadnięciu kuleć na jedną nogę bez żadnych zresztą dolegliwości. Dopiero ostatniego lata, niezręcznie stąpiwszy podczas gry w krokiet, uczuła w okolicy stawu biodrowego chrzęst, a następnie ból, trwający już ciągle od tego czasu. Przy badaniu główka kości udowej pod przednim dolnym kolcem kości biodrowej. Noga skrócona o 6 cm. Na rentgenogramie widać, że chodzi tu o stare zwichnięcie kości udowej, które teraz uległo **powtórnemu zwichnięciu sztucznego stawu.**

D y s k u s y a. a) Cichocki pyta, czy referent szyje jamę brzuszną na głucho po wycięciu wyrostka nawet wtedy, kiedy ropa w jamie brzusznej nie jest otorbiona. — b) Modrzewski przypuszcza, że takie postępowanie dać może pomyślne wyniki tylko wtedy, kiedy ropienie w jamie brzusznej wywołują beztlenowce i pyta się Makowskiego, czy nie był kiedy zmuszony do zdejmowania założonych szwów z powodu ciężkiego stanu operowanego. — c) Pietkiewicz: Wiadomo, że otrzewna zmieniona mniej jest narażona na zakażenie od zupełnie zdrowej; jakby jednak referent postąpił w razie przypadków urazowych, n. p. przy zranieniu jelita z dostaniem się kału do jamy brzusznej? — d) Fudakowski jako odpowiedź na pytanie Pietkiewicza, przytacza przypadek, operowany niedawno w szpitalu Aleksandrowskim. Chory w 2 godziny po uderzeniu w brzuch dostał się do szpitala. W jamie brzusznej znaleziono treść jelitową (przedziurawienie jelita cienkiego). Nałożono szwy i wprowadzono do jamy brzusznej tylko powierzchowny tampon. Przebieg pomyślny. — e) Łowieniecki ma chorą z wrodzonem dwustronnem zwichnięciem stawu biodrowego (2-letnie dziecko). Lorenz w Wiedniu reponował drogą bezkrwawą. Opatrunek gipsowy leżał $^1/_2$ roku. Teraz dziecko chodzi dobrze. — f) Fudakowski: Niekrwawe wprawienie wrodzonego zwichnięcia stawu biodrowego tylko u nas rzadko się stosuje. Zagranicą stosują je ogólnie, coprawda u dzieci poniżej 10 lat.

g) Makowski odpowiada Cichockiemu, że zaszywa po usunięciu wyrostka jamę brzuszną nawet w obecności nie otorbionej ropy, jednakże tylko we wczesnych okresach choroby (pierwsza doba); Modrzewskiemu, że na pytanie co do natury drobnoustrojów, wywołujących zakażenie otrzewnej w przypadkach, przebiegających pomyślnie pomimo zaszycia jamy brzusznej, nie może dać stanowczej odpowiedzi, wie tylko, że w niektórych przypadkach flora była wcale obfita. Co się tyczy przedwczesnego zdejmowania szwów, to dotychczas jeszcze nie potrzebował tego czynić, ale przyznaje, że zaszywanie na głucho w podobnych okolicznościach stosuje dopiero od niedawna. Metodę tę uważa za wybitny postęp w chirurgii zapaleń wyrostka ze względu na to że tamponowanie rany często wywołuje zrosty, stające się w następstwie powodem niedrożności jelit. Makowski widział ostatnimi czasy dwa przypadki, w których niedrożność wystąpiła jako oddalony skutek operacyi, pomimo że operacyę wykonali pierwszorzędni chirurdzy (Beir i Sonnenburg). Pietkiewiczowi odpowiada Makowski, że przy urazowych przedziurawieniach jelita nie należy szyć, jeśli przedziurawiona jest kiszka gruba, można to natomiast uczynić, gdy chodzi o jelito cienkie i przytacza ilustrujący to przypadek z praktyki szpitalnej.

Posiedzenie zwyczajne d. 20. listopada 1913.

Przewodniczy Dr Knothe. Obecnych członków 33 i gość Dr Leon Kiernicki.

1) A. M o d r z e w s k i: **W sprawie określania kwasu moczowego we krwi.** Referent, zapoznawszy się ze sposobem badania kwasu moczowego we krwi według Kowarskiego i Zawiałowa, proponuje kombinacyę tych dwu metod, a mianowicie strącanie białka z kwasu moczowego według Kowarskiego, a oznaczanie ilości kwasu moczowego według Zawiałowa przy zastosowaniu kolorymetru Autenrietha-Königsbergera (Referat przeznaczony do druku)

D y s k u s y a: a) Cichocki pyta, w jaki sposób referent oblicza odsetkową zawartość kwasu moczowego, oraz wyraża przypuszczenie, że metoda, o której mówił referent, nie daje może wyników odpowiednich dla badań klinicznych. — b) Makowski pyta, czy można uważać za fakt ustalony, że krew człowieka zdrowego zawiera w 100 cm^3 około 2 mg. kwasu moczowego.

c) Hoffman: Według dzisiejszych pojęć nie można utożsamiać dny ze skazą moczanową, a zawartość kwasu moczowego w moczu dla rozpoznania dny niema obecnie szczególnego znaczenia. Do niedawna myślano, że obecność kwasu moczowego, chociażby w najmniejszej ilości we krwi, jest objawem chorobowym, dopiero badania, przeprowadzone roku zeszłego przez Wiechowskiego w Wiedniu, wykazały, że krew zdrowego człowieka zawiera około 2 mg kwasu moczowego na 100 cm^3, u dnawych zaś więcej. Badanie takie zresztą było dotychczas nader trudno przeprowadzić, najprzód dlatego, że prawdziwa dna nie wszędzie często się zdarza (n. p. w Wiedniu bardzo rzadko, częstsza już w południowych Niemczech, najczęstsza w Anglii, gdzie do niej usposabiać ma używanie mocnego piwa), a następnie dlatego, że dla określania ilości owego kwasu moczowego we krwi potrzebne były względnie duże ilości krwi (100 lub nawet 200 cm^3). Teraz, kiedy wypracowano metody, zadowalniające się znacznie mniejszemi ilościami (10 cm^3), jest nadzieja, że badania naukowe dny postąpią znacznie naprzód.

d) Gilewicz: Mówiąc o metodach Kowarskiego i Zawiałowa, należy podkreślić ulepszenie, wprowadzone do metody Kowarskiego przez Modrzewskiego. Kowarskij wykrywa takie tylko ilości kwasu moczowego, których stwierdzenie we krwi dowodzi już istnienia w danym przypadku skazy dnawej, próba Zawiałowa jest czulsza. Modyfikacya Modrzewskiego polega na stosowaniu mianowanego rozczynu kwasu moczowego, który porównuje się z badanym rozczynem w kolorymetrze Autenrietha-Königsbergera. — e) Sielecki: Czy rozczyn, który się porównuje w kolo-

rymetrze z rozczynem mianowanym, jest produktem odczynu chemicznego?

f) Modrzewski odpowiada Cichockiemu, że płyn porównywa z płynem standardyzowanym w kolorymetrze Autenrietha, a następnie odsetki oblicza przy pomocy tablicy. Dotychczas pracował referent przeważnie ze sztucznymi rozczynami kwasu moczowego, a w tych warunkach metoda daje ścisłe wyniki; jak się te wyniki przedstawiać będą przy badaniach klinicznych, tego powiedzieć nie może. Gilewiczowi odpowiada, że myśl zastosowania kolorymetrycznej metody wypowiedział już Zawiałow, referent zaś tylko zamiast proponowanego przez Zawiałowa przyrządu na wzór hemometru Fleischla wprowadził kolorymetr Autenrietha. Sieleckiemu odpowiada, że kwas moczowy w obecności ługu sodowego i azotanu srebra utlenia się na allantoinę, wydzielając metaliczne srebro, które wywołuje zabarwienie płynu. Rozczyn mianowany i rozczyn, który ma się badać, przygotowuje się jednocześnie.

2) Makowski przedstawia chorego, którego operował przed 7 miesiącami. Chory od 6 lat cierpiał na zaparcie stolca. Od czasu do czasu występowało wzdęcie i podpieranie. Stan taki trwał zwykle około 2 dni, w ciągu których nie odchodził stolec ani gazy, poczem wszystko ustępowało. Przed 7 miesiącami wystąpił taki sam napad, trwając tym razem znacznie dłużej. Na 6. dzień przywieziono chorego w bardzo złym stanie do szpitala Aleksandrowskiego. Tam na podstawie konturów brzucha (na ogólnem tle rozdętego brzucha wyczuwano wał, idący od wyrostka mieczykowatego aż do spojenia łonowego) rozpoznano **skręcenie pętli esowatej**. Referent wykonał operacyę prawie »in extremis«. Cięcie przez całą długość brzucha w linii środkowej. Resekcya zmartwiałej pętli esowatej na znacznej przestrzeni, wszycie obu odcinków w powłoki brzuszne, poza tem zaszycie jamy brzusznej na głucho. Po 10 dniach zaczęła się podnosić ciepłota i pogorszył się stan ogólny, który już się był dość znacznie poprawił. Równocześnie wystąpiło wypuklenie w okolicy prawego podżebra, które coraz więcej się uwydatniało. Ponieważ w tym samym czasie kał zaczął niedostatecznie odchodzić przez przetokę, Makowski przypuszczał, że wskutek zbytniego naciągnięcia jednego z odcinków, wszytych w ścianę brzuszną, wytworzyła się nowa niedrożność. Któregoś dnia przy wizycie zastał referent chorego prawie w agonii. Wówczas wykonał cięcie w okolicy owego wypuklenia, z którego wylało się około $1^1/_2$ litra ropy. Stan chorego zaczął się polepszać. Nie można jednakże uważać leczenia za ukończone, istnieje bowiem jeszcze przetoka w miejscu, w którem wszyty był doprowadzający odcinek zgięcia esowatego, a z przetoki tej wydziela się ustawicznie rzadki kał. Dolna przetoka się zagoiła. O połączeniu obu odcinków nie może być mowy. Natomiast Makowski myśli o dwóch możliwościach: albo 1) o tem, żeby wzorem Maydla, który używał jelita cienkiego dla wytworzenia brakującej pochwy, połączyć odcinek jelita cienkiego z dolnym odcinkiem zgięcia esowatego, poprzednio wypaliwszy Paquelinem otwór w pętli esowatej i przytwierdzając w nim jelito cienkie zapomocą dwupiątrowego szwu, idącego tylko przez otrzewnę; 2) albo też o zupełnem wyłączeniu jelita grubego wzorem angielskiego chirurga Leya, który przedstawił operowaną w podobny sposób chorą na ostatnim Zjeździe londyńskim. Na zakończenie referent stwierdza, że, jak przedstawiona właśnie historya choroby wskazuje, otwarcie ropnia może ocalić życie człowiekowi, pozornie już konającemu i dlatego rękoczynu tego nigdy nie należy zaniedbywać ze względu na zły stan chorego.

Dyskusya: a) Cichocki pyta, czy zdaniem referenta ropień w prawem podżebrzu wytworzył się dopiero po operacyi, czy też istniał jeszcze przedtem, oraz czy przy pierwszej operacyi cięcie przez całą długość linii białej było rzeczą konieczną. — b) Łotocki pyta, czy połączenie jelita cienkiego z pętlą esowatą szwem, przechodzącym tylko przez błonę surowiczą, wystarczy w razie zwiększenia się ciśnienia w jamie brzusznej. — c) Gilewicz nie radzi Makowskiemu zupełnego wyłączania kiszki grubej. Przeprowadzał on dużo doświadczeń na psach, którym wyłączał pętle jelitowe. Otóż wszystkie zwierzęta, którym wyłączono w ten sposób kiszkę grubą, padały po pewnym czasie wśród jednych i tych samych objawów (nieustanne wydzielanie płynnego kału przez przetoki i szybkie chudnięcie). Przy sekcyi pokazywało się, że mięśnie są suche i ciemno-czerwone, jakby uwędzone, co przemawiałoby za tem, że jedną z przyczyn śmierci było w każdym razie upośledzenie wchłaniania płynów, odbywającego się przeważnie w kiszce grubej. Prócz tego odbywa się tam także wchłanianie soli, zwłaszcza wapniowych, wskutek czego ucierpiałby też po wyłączeniu całej kiszki grubej w poważny sposób bilans solny. Zresztą w danym przypadku może ocaliłaby sytuacyę ta okoliczność, że pozostałaby przecież jeszcze dolna część zgięcia esowatego, oraz bańka odbytnicy (ampulla recti).

d) Makowski odpowiada Cichockiemu, że ropień w prawem podżebrzu pomiędzy wątrobą a przeponą był zapewne tem, co Niemcy nazywają »Restabscess« i był wywołany przez pierwotne zakażenie. Co się tyczy długiego cięcia, to było ono w tym przypadku konieczne. Łotockiemu odpowiada M., że szew otrzewnej dostatecznie zabezpieczy spojenie dwóch odcinków nawet w razie wzmożonego ciśnienia, zwłaszcza, że będzie dwupiątrowy; Gilewiczowi, że uznaje naogół słuszność jego argumentów i ma zamiar wyłączyć kiszkę grubą tylko w takim razie, jeśli pierwsza metoda (wzorowana na metodzie Maydla) żadną miarą nie da się zastosować. Zresztą chora, przedstawiona przez angielskiego chirurga, miała się pomimo wyłączenia kiszki grubej dobrze.

3) M. Łążyński przedstawia 33-letniego mężczyznę, dotkniętego ciężką postacią **krwawiączki** (hemofilii). Z rodzeństwa chorego starszy brat i siostra cierpią na tę samą chorobę, dwaj inni bracia zupełnie zdrowi. Dzieci, które następnie okazały się krwawcami, karmiła piersią matka, inne wykarmiła mamka. U przedstawionego chorego stawy kolanowe i łokciowe są chorobowo zmienione, ruchy w nich ograniczone. W życiu swem miał chory kilka krwotoków, które omal nie doprowadziły do zejścia śmiertelnego. Kilka razy do roku miewa krwotoki z nerek. Ostatni uraz, wyrwanie zęba, wywołał nadzwyczaj obfite i długo trwające krwawienie, które udało się zatrzymać ostatecznie wstrzykiwaniami podskórnemi żelatyny i bardzo mocną tamponadą. Krew, dobyta z żyły przy ciepłocie pokojowej, w przyrządzie Kollmanna do badania krzepliwości krwi ścina się dopiero w kilka godzin (8), i to niezupełnie. Skrzep niezupełnie oddziela się od surowicy i w cieplarce krzepnie po godzinie. Po dodaniu minimalnej ilości prawidłowej surowicy człowieka lub zwierzęcia (świnki morskiej) w ciepłocie pokojowej krew krzepnie po godzinie (działanie zaczynu włóknikowego). Najracyonalniejszem leczeniem krwawień u krwawców jest zdaniem prelegenta wstrzykiwanie do żyły, chociażby niewielkiej ilości surowicy prawidłowej lub jakiejkolwiek leczniczej. Użycie żelatyny, aczkolwiek w danym przypadku uwieńczone powodzeniem, jest teoretycznie mniej uzasadnione.

Dyskusya. a) Makowski pyta, czy chirurg, który operował swojego czasu u przedstawionego chorego stulejkę, wiedział o istnieniu u niego krwawiączki. — b) Gilewicz pyta, czy przy krwotokach nerkowych stwierdzono obecność w moczu krwi, czy też była to tylko hemoglobinurya. Co się tyczy obawy wytworzenia anafilaksyi, która w danym przypadku była przyczyną zaniechania wstrzykiwań obcej surowicy w celu zatrzymania krwawienia, to w przyszłości w razie powtórzenia się krwawienia możnaby stosować suszoną surowicę, nie wywołującą anafilaksyi, a posiadającą nie mniejszą od zwykłej surowicy siłę czynną, którą zresztą każdorazowo przed użyciem można zbadać »in vitro«.

c) Hoffmann: Przy krwawiączce istnieją też pewne

zmiany w ścianach naczyń (w warstwie środkowej) i zależne od tego zaburzenia w tworzeniu trombokinazy. Sprawą krwawiączki zajmują się obecnie nietylko lekarze, lecz także biologowie, których ona szczególnie interesuje ze względu na warunki dziedziczenia. Zaczyna mianowicie teraz ustalać się zdanie, że usposobienie do tej choroby uważać należy za jedną z rzadkich, co prawda, drugorzędnych cech płciowych męzkich i z tego powodu kobiety występują tutaj tylko jako czynnik przekazujący chorobę, same na nią wyjątkowo tylko zapadając. Przekazanie usposobienia odbywa się na podstawie praw Mendla o dzieleniu się w potomstwie cech przodków, z których to cech jedne niejako przygłuszają drugie.

Zebranie doroczne dnia 11. grudnia 1913 r.

Przewodniczy Knothe. Obecnych członków 47 i gość Dr Kazimierz Ulatowski.

1) M. Pietkiewicz: **Przypadek nagłej śmierci podczas porodu. Sectio caesarea in mortua.**

Dyskusya. a) Daszkiewicz stwierdza, że spóźniwszy się na początek wykładu, słyszał tylko o przedwczesnem odejściu wód, jako przyczynie wniknięcia powietrza do żył macicy i wywołanego przez to zapewne śmiertelnego zejścia i przypuszcza, że samo przedwczesne odejście wód, zdarzając się przecież względnie często, nie wystarcza dla wytłómaczenia przedostania się powietrza do układu żylnego, co znowu wydarza się na szczęście nader rzadko. Muszą więc zachodzić w takich przypadkach jeszcze jakieś inne, zupełnie szczególne okoliczności. Czy w danym razie referent operował dlatego, że miał jeszcze nadzieję ocalenia dziecka, czy też tylko dla spełnienia obowiązku prawem przepisanego?

b) Sochacki: Przyczyną śmierci w opisanym przypadku mógł być równie zator powietrzny, jak nagłe porażenie serca, wywołane makroskopowo nie dającemi się zauważyć zmianami. — c) Wojciechowski przypuszcza, że wobec stwierdzonej niedomykalności zastawki dwudzielnej najprawdopodobniej przyczyną śmierci był zator mózgowy.— d) Bieniecki pyta, czy podczas operacyi zauważono odklejenie się łożyska w dolnym odcinku.

e) Pietkiewicz odpowiada, że ponieważ według zeznań akuszerki po odejściu wód nie było skurczów macicy, można było myśleć o przedostaniu się powietrza do ziejących żył macicy. Krwawienia z części rodnych coprawda poprzednio nie było. Śmierć nastąpiła nagle w chwilę potem, jak rodząca siadła na łóżku i zupełnie spokojnie rozmawiała z mężem. Po rozcięciu macicy i wydobyciu płodu i popłodu macica zaczęła się energicznie kurczyć. Odklejenia się łożyska Pietkiewicz nie zauważył, nie chce jednak napewne twierdzić, że go nie było. Co się tyczy stanu serca, to według zdania kol. Ruszczyca, który tę chorą leczył, istniała tam dobrze wyrównana niedomykalność zastawki dwudzielnej.

2) Remińska zdaje sprawę z przypadku **roponercza,** wskutek którego Makowski usunął lewą nerkę w całości. Przedstawienie preparatu, przy którem pokazuje się, że ropne zapalenie wywołane było przez kamień.

Makowski do historyi choroby, podanej przez Remińską, dodaje, że przy badaniu cystoskopowem w moczu ze zdrowej nerki stwierdzono przed operacyą 0,5‰ białka, które znikło zupełnie po operacyi. Okoliczność ta dowodzi, że takie niewielkie ilości nie stanowią przeciwwskazania do operacyi.

3) Makowski: **O znaczeniu pęcherzyka żółciowego dla ustroju i uprawnieniu doszczętnego jego usuwania.**

Dyskusya: a) Piotrowska: Nietylko szkoła niemiecka, lecz też Francuzi, n. p. Tuffier i Chauffard, oświadczali się za wczesnem usuwaniem pęcherzyka żółciowego. — b) Sielicki pyta, czy dobrze zrozumiał referenta, że mianowicie pęcherzyk żółciowy powinien być bezwarunkowo usunięty tam, gdzie istnieje sprawa zakaźna, a pozostawiony tam, gdzie zakażenia niema, oraz pragnąłby wiedzieć, dlaczego czarna barwa kamienia jest dowodem istnienia sprawy zakaźnej w pęcherzyku. — c) Adam Jarocki nadmienia, że znanym jest przypadek, w którym przy obecności cholestearynowych kamieni jasnego koloru pęcherzyk żółciowy wypełniony był ropą.

d) Makowski odpowiada, że niedawno Garret zaproponował, aby w przypadkach niezakaźnych wycięcie pęcherzyka żółciowego zastąpić jego rozcięciem (cholecystotomia). Taką propozycyę można było zrobić tylko tam, gdzie pod nóż chirurga dostaje się cały szereg wczesnych przypadków schorzeń pęcherzyka żółciowego i w istocie tak się dzieje w Niemczech. W ciągu roku wykonują tam około 1000 operacyi pęcherzyka, natomiast u nas chirurg wczesnych przypadków nie widuje prawie wcale. Że czarne zabarwienie kamienia należy uważać za oznakę zakażenia pęcherzyka, to wykazał Aschoff na podstawie znacznego materyału. Ciemne zabarwienie pochodzi od barwików żółciowych. Sprawy zakaźne zawsze wywołują pomiędzy innemi następstwami zgrubienie ścian pęcherzyka, który tym sposobem zupełnie traci zdolność do pełnienia swych fizyologicznych czynności. To jedna przyczyna więcej dla usunięcia woreczka. Co się tyczy przypadku, o którym mówił A. Jarocki, to zapewne kamień istniał tam przed zakażeniem, które może niedługo trwało.

Posiedzenie doroczne d. 22. stycznia 1914.

Przewodniczy M. Łążyński, potem B. Knothe. Obecnych 40 członków.

G. Stanisławski: **O ratownictwie.** (Spostrzeżenia i uwagi z 10-letniej praktyki Pogotowia ratunkowego).

Dyskusya: a) M. Łążyński: Przedmiot jest tak obszerny, że referent z natury rzeczy nie mógł wyczerpująco traktować wszystkich działów ratownictwa. Popularyzacyę w Kijowie systematycznego jodynowania brzegów ran w celu ich oczyszczenia można uważać za zasługę tutejszego Pogotowia. Poza tem zalecany przez referenta sposób obchodzenia się z ranami jest w istocie najracyonalniejszy. Przysypywania każdej rany jodoformem lub kserotormem dziś już nie można polecać. Te środki nie działają bakteryobójczo; zaletą ich, dającą się w niektórych przypadkach wyzyskać, jest natomiast pobudzające działanie na chorą tkankę. Stosowania półtorachlorku żelaza w Pogotowiu zupełnie się nie praktykuje. W celu wstrzymania krwawień stosuje się ucisk i podwiązanie naczyń. Łążyński poleca w tych przypadkach krwawienia z nosa lub z otworów pozostałych po wyrwaniu zębów, w których zwykła tamponada nie wystarcza, maczanie tamponów w dwutlenku wodoru lub rozczynie adrenaliny. W analogicznych przypadkach u krwawców znakomicie działa tamponada gazą, zwilżoną jakąkolwiek obcą surowicą, n. p. surowicą przeciwbłoniczą. Wyjaławianie narzędzi w Pogotowiu kijowskiem przeprowadza się jeszcze w sposób niezupełnie jednolity, jest jednak nadzieja, że wkrótce wypracuje się najodpowiedniejsza w tym kierunku metodyka. Tymczasem gojenie się ran przebiega wcale zadowalniająco, a przypadki ropienia zdarzają się nie często. Historya postępowania wobec ciał obcych w przełyku da się podzielić na 2 okresy: przed- i po-ezofagoskopowy. I teraz jeszcze stosuje się niekiedy zgłębnik bez ezofagoskopii, a mianowicie tam, gdzie w razie uwięźnięcia w przełykn ciał gładkich zaokrąglonych, nie mogących tkanek poranić, powstają ciężkie objawy, nie pozwalające na zwłokę, n. p. wybitne utrudnienie oddechu lub bardzo silne bole. Przy zatruciach stosuje się, jak to zaznaczył prelegent, »larga manu« przepłukiwania żołądka, nawet przy zatruciach silnymi kwasami, n. p. kwasem siarkowym. Jakichś złych następstw takiego postępowania, n. p. przedziurawienia, nigdy nie zauważono. Wbrew temu, co zdawało się wypływać ze słów prelegenta, Pogotowie nie używa nigdy sody do zobojętnienia kwasów, lecz oliwy, albo też magnezyi palonej, która coprawda ma tę złą stronę, że

łatwo zatyka zgłębnik, oraz, że po jej użyciu błona śluzowa przełyku i gardła staje się szorstką. Przy zatruciach niektórymi kwasami, a zwłaszcza kwasem octowym, nieraz występuje skurcz przełyku, bardzo poważnie mogący utrudniać zgłębnikowanie, nie spotykamy się natomiast z tym objawem prawie nigdy przy zatruciach kwasem karbolowym, w którym to przypadku przeciwnie po krótkotrwałym okresie podrażnienia występuje zwykle zupełne znieczulenie błony śluzowej, ułatwiające wszelkie zabiegi. Zato przy zatruciu kwasem karbolowym nader łatwo występują zapady i dlatego ustalił się już w Pogotowiu zwyczaj stosowania przed przystąpieniem do przepłukiwań, nawet przy dobrem tętnie, wstrzykiwań eteru z kamforą i kofeiny. Omdlenia, o których wspomina prelegent, omawiając postępowanie przy otruciu amoniakiem, to właściwie nie zapad, lecz odruch kurczowy, a kurcz głośni, do którego ten rodzaj zatrucia usposabia, stanowi właśnie jeden z objawów tej sprawy odruchowej. Z tego też powodu takiego pozornego omdlenia M. Łążyński nie uważa wcale za przeciwwskazanie dla stosowania morfiny. Otrucia solą Bertoleta (obecnie zdarzające się rzadziej, niż dawniej, z powodu wyjścia z mody tego, dawniej tak bardzo rozpowszechnionego środka leczniczego), dalej tak zwaną solą cukrową (natro-kali-oxal), a wreszcie sublimatem dają nieraz (najwięcej sublimat) bardzo niemiłe niespodzianki po przeminięciu pierwszych objawów zatrucia wtedy, kiedy się zdaje, że niebezpieczeństwo już minęło. Otrucie morfiną daje, o ile trucizna wprowadzona została »per os«, najczęściej zejścia pomyślne, gdyż rzadko kiedy chorzy tym sposobem wprowadzają do ustroju śmiertelne dawki trucizny. Leczenie polega na stosowaniu nadmanganianu potasu podskórnie lub śródżylnie, podobnie, jak przy ostrem zatruciu kokainą.

b) J. Fudakowski stwierdza, że wiary w wędrowanie igieł nie można znowu zawsze uważać za przesąd; sam zna przypadek, gdzie igła wyjęta została w tydzień po zranieniu z przedramienia o kilka centymetrów od miejsca ukłucia. W drugim przypadku w klinice Wagnera, u chorej, która przypadkowo zapędziła sobie kilka igieł w różne miejsca, wyjęto po jakimś czasie jedną igłę z wątroby, drugą zaś z sutka. Przekonanie o konieczności bezwarunkowego i jak najszybszego usuwania kul z nowoczesnej broni, aczkolwiek dotychczas jeszcze rozpowszechnione między publicznością i lekarzami, należy uważać za błędne.

c) B. Knothe opowiada o znanym mu przypadku, w którym igła, wszedłszy w okolicę piersiową, została po niejakim czasie wyjęta z ręki. Z powodu poruszenia przez prelegenta kwestyi samobójców recydywistów, wspomina Knothe o znanem mu trzykrotnem usiłowaniu samobójstwa ze strony tej samej osoby.

d) W. Piotrowska pyta, do jakich warstw społecznych należą przeważnie samobójcy. — e) A. Turski: Czy surowicę obcą, jako środek przeciwkrwotoczny, stosuje się wogóle przy krwawieniach u wszystkich chorych, czy też tylko u krwawców? — f) M. Łążyński odpowiada, że próbował tego sposobu tylko u krwawców. — g) R. Weller pyta o wyniki, osiągnięte przez lekarzy Pogotowia przy otruciu makowcem.

h) G. Stanisławski odpowiada, że o stosowaniu przemywania żołądka rozczynami sody przy zatruciu kwasami mówił nie dlatego, żeby to praktykowano w Pogotowiu kijowskiem, lecz dlatego, że poleca się to jeszcze w niektórych podręcznikach. Przy zatruciu amoniakiem nie stosuje się przemywań rozczynami kwasu z przyczyny silnych bólów, jakie to postępowanie wywołuje. Nie przeczy, że igły rzeczywiście mogą w tkance podskórnej wędrować tak, że wyjmuje się je nie w tem miejscu, w które weszły, twierdzi jednak, że należy z wielką ostrożnością zachowywać się wobec opowiadań o dalekich ich wędrówkach, n. p. z tkanki podskórnej do narządów wewnętrznych, gdyż możliwe są tu różne pomyłki. Tak n. p. igła odrazu może przeniknąć do narządu wewnętrznego, z drugiej strony zaś może chodzić o rozmyślne wprowadzenie w błąd lekarza, zwłaszcza jeśli się ma do czynienia z histeryczką. Samobójców dostarczają najwięcej warstwy niezamożne; jako motyw występują niepowodzenia życiowe i natury majątkowej częściej od motywów natury miłosnej. Leczenie zatrucia makowcem daje w Pogotowiu zawsze prawie pomyślne wyniki. Na zakończenie nadmienia jeszcze prelegent o niebezpieczeństwach, połączonych z próbami wydobycia ciał obcych z ucha przy pomocy szczypczyków, igieł, haczyków i t. p. Jedynym właściwym sposobem jest przepłukiwanie ucha silnym strumieniem ciepłej wody.

II. Zjazd internistów polskich we Lwowie

w dniach 21. i 22. lipca 1914.

(Dalszy ciąg zgłoszonych wykładów).

22) O dotąd nie spostrzeganych objawach zarośnięcia worka osierdziowego. 23) O leczeniu zapalenia opłucnej. 24) Studya elektrokardyograficzne, kol. doc. Latkowski (Krakow). 25) O sztucznej odmie piersiowej, kol. Latkowski i kol. Bobak (Kraków). 26) W sprawie cholesterynemii. 27) Obecność prątków gruźliczych we krwi w początkowym okresie gruźlicy, jakoteż u klinicznie pod względem suchot zdrowych. 28) Kliniczne znaczene siły tonów serca, oznaczanych zapomocą różniczkowej słuchawki Bocka. 29) Anatomiczne i czynnościowe zmiany wątroby u chorych na gruźlicę płuc, kol. prof. W. Orłowski (Kazań). 30) Tyreoza i zakażenie gruźlicze, kol. Fr. Białokur (Jałta-Krym). 31) Aortitis syphilitica w świetle cyfr, kol. Pisek (Lwów). 32) Dzieje leczenia korą chinową w Polsce, kol. Grossek (Lwów). 33) O wpływie soli gorzkich, w szczególności soli morszyńskiej, na przemianę materyi, kol. Skórczewski (Krynica). 34) Doświadczenia ze szczepionkami Friedmanna, wykonane w klinice lek. krakowskiej, kol. Z. Wachtel.

Dalsze zgłoszenia odczytów należy nadsyłać pod adresem: Prof. Dr R. Rencki, Lwów, Romanowicza 3.

V. Zjazd lekarzy i przyrodników czeskich

w Pradze 29. maja do 3. czerwca 1914.

Na Zjazd zgłosiło się do 3. maja b. r. 526 uczestników, wśród nich 253 lekarzy. Z ziem polskich zgłosili się oprócz prof. Dr Wicherkiewicza, prezesa Polskiego Komitetu, rektor Akademii weterynaryjnej we Lwowie prof. Dr Grabowski, dziekan Wydziału lek. lwowskiego prof. Dr Jurasz, prof. Bujwid i prof. Chlumsky z Krakowa, oraz prof. Kučera i prof. antrop. Jan Czekanowski ze Lwowa. Jako delegaci ukraińskiego Towarzystwa lekarskiego ze Lwowa zgłosili się Dr Ozarkiewicz i Dr Buzar. Z Serbii zgłosiło się trzech uczestników, z Rosyi prof. Pawłow i Prokunin z Moskwy, oraz prof. Russew z Petersburga.

Wiadomości bieżące.

Na uroczystem posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego w Lublinie w d. 30 maja 1914 przedstawieni być mają przez Zarząd Towarzystwa na członków honorowych:

Prof. Zygmunt Laskowski z Genewy,

Prof. J. Babiński i B. Motz z Paryża,

Prof. K. Kostanecki, prof. M. L. Jakubowski i prof St. Ciechanowski z Krakowa,

Prof. B. Dybowski, prof. A. Gluziński i prof. A. Jurasz ze Lwowa,

Fr. Chłapowski i St. Łazarewicz z Poznania, S. Szuman z Torunia,

Prof. J. Ziemacki i doc. K. Noiszewski z Petersburga,

K. Chełchowski, Wł. Gajkiewicz, S. Goldflam, W. Kamocki, Fr. Neugebauer, J. Pawiński, A. Puławski, M. Rajchman, Alfred Sokołowski, B. Sawicki, E. Zieliński z Warszawy

S. Sterling z Łodzi,
H. Fidler z Radomia,
J. Villaume z Bychawy i W. Lasocki z Nałęczowa w Ziemi Lubelskiej.

Dotychczas byli członkami honorowymi Towarzystwa lekarskiego lubelskiego: prof. Baranowski, Wł. Biegański, prof. Browicz, prof. Cybulski, August Kwaśnicki, Aleksander Jaworowski, Heliodor Święcicki, prof. Rydygier i prof. Wicherkiewicz.

Towarzystwo lekarskie krakowskie mianowało swymi członkami honorowymi Dr Stanisława Dobruckiego i Dr Aleksandra Jaworowskiego z Lublina.

Komitet gospodarczy II. Zjazdu internistów polskich we Lwowie zawiadamia, że Zjazd ten odbędzie się w dniach 21. i 22. lipca b. r. Termin ten Zjazdu ułatwi kolegom internistom wzięcie udziału w I Zjeździe higienistów polskich, który obradować będzie we Lwowie od 19. do 22. lipca b. r. włącznie. Nadmieniamy, że po porozumieniu się z Komitetem gospodarczym Zjazdu higienistów program obrad w Zjeździe higienicznym będzie tak ułożony, że w dniach 19. i 20. lipca omawiane będą temata, obchodzące przeważnie lekarzy, wycieczki zaś rozpoczną się tuż po ukończeniu równoczesnem obu zjazdów. — Program szczegółowy Zjazdu internistów będzie wkrótce ogłoszony.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 27. V. b. r. posiedzenie, na którem prof. Rosner, Kader i Lewkowicz, oraz Dr Szlank i Szymanowicz przedstawili chorych. W dyskusyach zabierali głos prof. Braun, Kader, prym. Borzęcki, Dr Schlank i Wojciechowski.

— Jako piąta z rzędu broszura, wydana staraniem Miejskiego Urzędu zdrowia dla zaznajomienia szerszych kół z postulatami higieny szkolnej, wyszedł z druku wykład Dr Jana Landau (sen.): »Kąpiele szkolne«. Autor wnosi, aby we wszystkich nowo budujących się szkołach urządzić kąpiele szkolne, któreby można też uprzystępnić szerszej publiczności za opłatą w godzinach pozaszkolnych.

— Polskie Towarzystwo balneologiczne ogłasza w swym organie (Przegląd zdrojowo-kąpielowy) gorącą odezwę do lekarzy Polaków o poparcie swojskich zdrojowisk.

— Członkiem Krajowej Rady Zdrowia na miejsce ś. p. Festenburga został mianowany Dr Zenobiusz Lewicki, dyrektor szpitala w Kołomyi.

— Kurs komisarzy targowych, odbywający się od marca w państwowym Zakładzie do badania żywności w Krakowie, zakończył się w dniach 25. i 26. maja wobec krajowego referenta sanitarnego radcy Dr Lachowicza oraz dyrektora Dr Krzyszkowskiego, delegowanego przez Wydział krajowy w zastępstwie szefa jego departamentu sanitarnego, egzaminem przed ustanowioną na ten cel rządową komisyą egzaminacyjną pod przewodnictwem star. inspektora i kierownika zakładu Dr Biera. Z pośród uczestników kursu uznano 4 kandydatów za uzdolnionych z wyszczególnieniem, 4 za bardzo uzdolnionych, 4 za uzdolnionych do pełnienia funkcyi komisarzy targowych, 2 zaś reprobowano do ponownego egzaminu. Równocześnie z ukończeniem kursu rozesłał kierownik Zakładu magistratom, delegującym swych urzędników na kurs, spis urządzenia laboratoryjnego, którego powinny magistraty dostarczyć swym komisarzom targowym, jeżeli ci mają zadania swe spełniać należycie na podstawie wiadomości i wprawy nabytej na kursie.

— Dr Antoni Kuczewski złożył w Redakcyi »Przeglądu lekarskiego« na cele krakowskiego Koła Towarzystwa walki z gruźlicą (na fundusz budowy uzdrowiska ludowego) 13 K 60 h.

— Morszyn — zdrojowisko o wodach słono-gorzkich, — posiadający doskonałą borowinę i zakład wodoleczniczy, własność funduszu wdów i sierot po członkach Towarzystwa lekarzy galicyjskich, będzie otwarty od 1. czerwca do końca września. Zakład został w roku bieżącym w całości odnowiony; rozszerzono i ulepszono łazienki, wykonano liczne adaptacye, wprowadzono wiele udogodnień i ulepszeń, zwiększono ilość pomieszkań. Administracya całego zakładu kąpielowego i pensyonatu spoczywać będzie obecnie w doświadczonych rękach p. Makarewicza, dotychczasowego właściciela pensyonatu w Jaremczu. Obowiązki lekarza zakładowego pełnić będzie Dr Witołd Schreiber.

— Dyplom doktorski uzyskali p. Jerzy Nadolski, rodem z Sannik w Królestwie polskiem i p. Adam Jakubowski, rodem z Krakowa.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 3. V. do 16. V. 1914 zgłoszono przypadków: błonicy 6 † 1 (obcych 5 † 1), krztuśca 1, płonicy 59 † 5 (6 † —), odry 1, duru brzusznego 12 † — (4 † —), czerwonki — † — (1 † 1), róży 4 † 4 (— † —), tężca — † — (1 † 1) Dr Janiszewski.

Warszawa. Ś. p. Włodzimierz Gawroński, b. radca komitetu warsz. Towarzystwa kredytowego, zapisał na cele publiczne 60.000 rb., w tem 4000 na zakład nieuleczalnych w Królikarni, 5000 na sanatoryum w Rudce, 3000 na sanatoryum w Karolinie, 10.000 na szkołę i szpital w Wyłkowyszkach, 20.000 na szpital w Wyłkowysku.

— W zakładzie dla nerwowo chorych w Drewnicy rozpoczęto budowę nowego pawilonu z fundacyi p. Kierbedziowej.

— Jak donosi »Medycyna i Kronika lek.« (20), pojawiają się w Warszawie coraz liczniejsze przypadki nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 11. V. do 25. V. 1914 przypadków: ospy 6 † 1, płonicy 6 † 2, błonicy 1 † —. Dr Trenkner.

Z różnych stron. Lwowskie Koło Towarzystwa walki z gruźlicą otwarło w swem sanatoryum ludowem w Hołosku d. 17. V. b. r. trzeci pawilon barakowy, postawiony sumptem Zakładu ubezpieczeń robotników od wypadków i Związku kas chorych w Galicyi. W uroczystości uczestniczyli m. i. namiestnik Dr Korytowski, wiceprezydent Rady szk. kraj. Dr Dembowski, prezydent m. Lwowa Neuman, krajowy referent sanitarny r. Dr Lachowicz, r. dw. Ustyanowski, prezydent Izby lek. Dr Papée. Przy otwarciu przemawiali prezes lwowskiego Koła Tow. walki z gruźlicą prof. Dr Wiczkowski, prezes Zakładu ubezp. robotników Dr Al. Małaczyński i prezes Kasy chorych Hudec.

— Krajowa Rada szkolna urządziła d. 19. V. b. r. ankietę w sprawie fizycznej pracy zarobkowej uczniów szkół średnich, przedstawiającej wiele niebezpieczeństw pod względem higienicznym i wychowawczym. Referentami ankiety byli prof. Dr Ciechanowski z Krakowa i krajowy insp. szkolny Dr Majchrowicz ze Lwowa.

Mianowani w rządowej służbie sanitarnej w Galicyi lekarzami powiatowymi Dr Wiktor Giełczyński i Dr Maryan Bielatowicz, a koncepistami sanitarnymi Dr Emil Barański, Stanisław Dziaczek, Kazimierz Bielański i Henryk Milgrom.

Zmarli: Dr Mikołaj Brunner, naczelny lekarz szpitala św. Ducha, radca stanu, w 75 r. ż. w Warszawie; Dr K. Pomianowski w 52 r. ż. w Łucku.

Redakcya otrzymała: Ołtuszewski: O chorobach mowy, zwyrodnieniu psychicznem oraz higienie mowy (szkic popularny). Warszawa 1914, str. 37. — J. Jaworski: Grotta Giusti, Monsummano i Montecatini. Florencya 1914. — Serkowski: Bacillus s. granulobacillus putrificus nov. sp. (Sprawozd. Tow. nauk. warsz. 1913). — J. Landau: Kąpiele szkolne. Kraków 1914. — Mayer: Über eine Methode, die Herzschallphänomene vermittels der Luftwege deutlich zu vernehmen. (Wiener klin. Woch. 1914). — Schoenaich: 1) Śmiertelność w płonicy, a wiek dzieci (Przegląd ped. 1914). 2) Statystyka urodzeń i śmiertelność dzieci w Łodzi (Ekonomista 1914). — Danysz: 1) Essais de chimiothérapie (Ann. de l'Inst. Pasteur 1914). 2) Traitement du Surra par les composés arsénicaux et arséno-argentiques (Bull. Soc. de path. exotique 1914). — Sokołowski: O rozpoznawaniu złośliwych nowotworów płuc i opłucnej. (Odczyty kliniczne 1914, Zesz. 1., str. 21).

Bibliografia.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in 12 Monatsheften. 1914. (Monachium, J. F. Lehmann). Z. 5. Cena 1·50 mk.

Majowy zeszyt tegoroczny »Kursów uzupełniających« zawiera następujące rozprawy z zakresu psychiatryi i neurologii: Prof. Marburg: 1) Rozpoznawanie guzów rdzenia kręgowego, nadających się do operacyi. 2) Przegląd postępów neurologii. Prof. Weygandt: 1) O rokowaniu w psychiatryi. 2) Przegląd postępów psychiatryi. Jakob: Nowsze wyniki anatomii patologicznej chorób umysłowych. Kafka: Rozwój serologii w psychiatryi.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w maju 1914.

Gazeta lekarska. Nr 18—21. Goldberg: Przypadek stałego częstoskurczu serca; jednocześnie przyczynek do znaczenia objawu okosercowego (18). — Malinowski (dok. 18). — Jarecki: Przypadek migreny oczoporaźnej (19). — Sterling Stefan: Przypadek postaci poronnej obrzęku śluzowatego (19). — Męczkowski: O rozpoznawaniu i wskazaniach do chirurgicznego leczenia krwotoków wewnątrzczaszkowych (20—22). — Sterling Stefan: Odma piersiowa w przebiegu duru brzusznego i zapalenia nerek (20). — Noniewicz: Przyczynek do rozpoznawania i leczenia nosacizny (20). — Ławrynowicz: O wydzielaniu się tłuszczu anizotropijnego z moczem w połączeniu ze sprawą złogów miejscowych tłuszczu anizotropijnego w narządach (21).

Medycyna i Kronika lekarska. Nr 18—21. Goldberg i Herz: O wpływie dwuwęglanu sodu na wydzielanie chlorków oraz wprowadzonego dożylnie cukru mlecznego (18). — Kummant: Przypadek stwardnienia kiłowego płuca w obrazie rentgenowskim (18). — Jakimiak (dok. 18). — Wąsowicz: Wskazania i przeciwwskazania do leczenia kąpielowego przewlekłych chorób serca w Krynicy (19). — Wasserthal: Przyrząd do odwłókniania niewielkich ilości krwi (19). — Karaś-Przeradzka: O odczynie Abderhaldena (19). — Majewska: Przypadek choroby Addisona stwierdzony badaniem pośmiertnem (20). — S. Kramsztyk: Badania fizyczno-chemiczne nad alkalicznością krwi (20). — W. Sterling: Arsenobenzol Billona (20). — Szyszko-Bohusz: Przyczynek do fizyologii moczowodów (21). — Korybut-Daszkiewicz: Z kazuistyki błonicy jamy nosowej u dzieci (21). — Springer: O leczeniu łuszczycy sposobem Balzera, Condata, Lévy-Franckela i Godlewskiego (21). — Wasserthal: O ciałach przemiany białkowej, zawartych w soku żołądkowym, podlegających dyalizie i dających odczyn ninhydrynowy Abderhaldena (21).

Tygodnik lek. Nr 18—21. Rona i Wilenko: Przyczynek do znajomości glykolizy (18). — Zalewski: O oczopląsie cieplikowym na podstawie własnych badań (18—21). — Gabryszewski: Leczenie światłem (18—19). — Ehrlich: Torbielak gruczolakowy brodawkowaty wargi większej sromu pochodzenia płodowego (19—21). — Lichtgarn: Poród pięcioraczy (21).

Nowiny lek. Nr 5: Chłapowski: Kwestyą alkoholowa ze stanowiska lekarskiego. — Ehrlichówna: Z kazuistyki gruźlicy dziecięcej. — Palmirski: Cholera ze stanowiska epidemiologii, biologii i higieny publicznej. — Zygmunt Dziembowski: O wpływie odżywczym ustroju nerwowego na organizm ludzki.

Lekarz wileński. Nr 4: Oszacki: Krótki zarys poglądów na białkomocz ortostatyczny. — Wirszubski: Przyczynek do chirurgicznego leczenia wodogłowia. — B.: Łaźnie wileńskie.

Przegląd pedyatryczny, Tom VI. Zesz. 3.: Brudziński: O prosówce potnej u dzieci. — Schoenaich: O rodzinnem występowaniu zapalenia nerek w przebiegu płonicy. — Nowierski: Płód bez czaszki bezmózgi. — Czerniawski: Przypadek leishmaniozy dziecięcej.

Zdrowie. Nr 5. Zembrzuski: Ś. p. Kosiński. — Ciechanowski: Zapiski o koloniach szkół średnich galicyjskich w r. 1913. — Kuczewski: Dr Philip'a czyli t. zw. edynburski system walki z gruźlicą. — Korybut Daszkiewicz: O Sopotach jako uzdrowisku nadmorskiem.

Przegląd higieniczny: Nr 5.: Janikiewicz: Organizacya walki z gruźlicą w powiecie skałackim. — Czyżewicz: Braki i niedomogi ustawy o tłumieniu chorób zakaźnych.

Kronika dentyst. Nr 5.: Ziemens: O nowych t. zw. »uniwersalnych« zębach sztucznych Bibera.

Słowo lek. Nr 8—9. Ciechanowski: Emigracya pod względem higieniczno-społecznym. — Stahr: Uwagi o uspołecznionej pomocy lekarskiej. — Fischer: Honoraryum lekarskie.

Głos lekarzy Nr 9. Dotacya rządowa dla wdów i sierót po lekarzach. — Mączka: O wakacyach studentów słów kilka ogólnikowo rzuconych.

Zdrojownictwo i turystyka Nr 1—3. Ś. p. Henryk Dobrzycki. — Zdrojowiska w Sejmie. — Praschil: W sprawie deontologii lekarzy zdrojowych. — Balneologiczne wykłady w Towarzystwie lekarskiem lwowskiem. — Włyński: Sprawozdanie lekar-

ZŁOTY MEDAL LWÓW 1907 WYSTAWA PRZYRODNICZO-LEKARSKA DYPLOM HONOROWY

ZŁOTY MEDAL., WIEDEŃ 1913 III. MIĘDZYNARODOWA WYSTAWA FARMACEUTYCZNA.

JODOCON	**Peptonum jodatum.** Przetwór jodowy, chemiczne połączenie jodu z peptonem (peptonum e carne). Połączenie to nie rozszczepia się w przewodzie pokarmowym, ale pozostaje w całości przez organizm wessane. Rozszczepienie następuje dopiero w tkankach, wskutek czego brak zaburzeń w narządzie trawienia. Zastosowanie wskazane w wypadkach, gdzie ustrój winien zostawać dłuższy czas pod działaniem jodu. Jodocon wprowadzono w handel w tabletkach, zawierających 0·05 jodu, posiadającego własności lecznicze 0·02 jodku potasowego. — Cena rurki z 20 tabletkami 3 K.
Ampułki wyjałowione Dr Wewiórski NEO-ALKARSODYL.	Alkarsodylum purum, alkarsodylum modificatum, alkarsodylum ferratum, novastesin (novocain c. adrenalin), następnie wstrzykiwania z arsacetin, atoxyl., atropin. sulf., chinin. kakodyl., cocain. muriat., coff. natr. benz., morphium etc. w pudełkach po 10 fiolek z napisem na każdej i z pilniczkiem w każdem pudełku.
KOLA Granulés 2·50 K Tabletki 2·— „	Zastępuje w zupełności wyroby zagraniczne jak: Astier, Dallmann itd., a o połowę tańsze przy tej samej ilości.
ERGOTYNA Dra Wewiórskiego	Płyn wyjałowiony zawierający w 1 cm^3 składniki działające z 4 g. secale cornutum. Można używać wewnętrznie lub do wstrzykiwań podskórnych.

Przy ordynowaniu prosimy używać łaskawie stale formułki fabricationis »LAOKOON«

Próbki na żądanie darmo i opłacone 217 d

Fabryka chemiczna **Laokoon**
Lwów, ulica Lindego L. 6.

skie o Szczawnicy za r. 1913. — Uznanie Bystrej za uzdrowisko. — Centralny zakład kąpielowy w Krynicy. — S. p. Adam hr. Gołuchowski. — Westreich: Ucisk podatkowy zdrojowisk.— Lewicki: Wody żelaziste.

Przegląd zdrojowo-kąpielowy Nr 2—3. Wąsowicz: 1) Ze wspomnień o założeniu polskiego Towarzystwa balneologicznego. 2) Wskazania lecznicze dla naszych zakładów zdrojowo-kąpielowych. — Przed rozpoczęciem sezonu. — III polski Zjazd balneologiczny. — Zanietowski: Sprawozdanie z 10-letniej działalności Towarzystwa balneologicznego polskiego.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 10. czerwca 1914 w klinice okulistycznej o godz. 6 wieczorem.** Na porządku dziennym demonstracye chorych klinicznych i wykład kol. Kleczkowskiego: »O działaniu niewidzialnych, krótkofalistych promieni światła na narząd wzrokowy«.

MARYÓWKA.
Lecznica Dra Józefa Zakrzewskiego
pod Lwowem
otwarta od 1 maja do zimy.
Przyjmuje chorych na leczenie, uzdrowieńców dla wzmocnienia, zagrożonych celem zapobiegania chorobom. — Gruźliczych, umysłowo chorych i odrazę budzących nie przyjmuje. — Obok wszelakiego rodzaju urządzeń leczniczych ścisłe indywidualizowanie przypadków, własne radium do inhalacyi, kąpieli i picia — pracownia dla rozbiorów chemicznych i badań krwi. — Kuchnia wzorowa, zasadniczo mieszana dyeta, zastosowana do poszczególnych przypadków. 283
Wyjaśnienia i prospekta listownie: Dr. Zakrzewski, Lwów 14, Maryówka, lub ustnie w poniedziałki, środy i piątki od godz. 3—4 po południu Lwów, ul. Asnyka. l. 6.
Stacya kolei »Maryówka«. Telefon międzymiastowy Lwów 572. Telegramy: Lwów telefonem Maryówka.

APTEKA POD ✱ „ZŁOTĄ GWIAZDĄ“
PIOTRA MIKOLASCHA
wyrabia: WE LWOWIE wyrabia:
Syrup Sulfoguajakolowy
i Syrup Sulfoguajakolowy z Kolą.
Według orzeczenia Komisyi przemysłowo-lekarskiej Towarzystwa Lekarskiego we Lwowie w działaniu zupełnie identyczny z podobnymi wyrobami zagranicznymi a o 50% od nich tańszy. 210
Syrup Sulfoguajakolowy kosztuje 2 K.
Syrup Sulfoguajakolowy z Kolą kosztuje 2·50 K.
Wydaje się tylko na przepis lekarski.
POLECA USTALONEJ SŁAWY WINA LECZNICZE
przez Dra Karola Mikolascha pierwsze w Austryi w r. 1876 wprowadzone.
Wino Chinowe, Chinowo-żelaziste, Kaskarowe, Condurango, Borówkowe, Rumbarbarowe, Pepsynowe, Cola, Peptonowe, Malaga, Tokaj stary, Cognac najlepszy.
Zaopatrzone atestami pierwszorzędnych powag lekarskich i naukowych.
Główny skład wszystkich specyfików krajowych i zagranicznych.

Szczawa Krondorfska uznana za najlepszą i naturalną.
Najlepsze skutki w nieżytach żołądka i pęcherza, jakoteż dróg oddechowych. 205
Prospekty rozsyła na żądanie Brunnen-Unternehmung Krondorf bei Karlsbad lub też Generalna reprezentacya dla Galicyi i Bukowiny, Kraków, Grodzka 48. Lwów, Sykstuska 31.

Karlsbad Dr med. ADAM MACIĄG 132
b. asystent c. k. kliniki chorób wewn. Uniw. Jagiel. ordynuje jak lat ubiegłych
Dom »KRONENAPOTHEKE« (przy Mühlbrunie).

KRYNICA 136 Pensyonat i Zakład leczniczy Dr. E. ZARZYCKIEGO
od maja do października. — Wodolecznictwo na miejscu. — Żądać prospektów

Dr JAN BRODZKI b. asystent J. E. prof. Leydena ordynuje jak zwykle, od 1 maja
w KUDOWIE, 137
zimą: w Heluanie w Egipcie.

KRYNICA Dr Stanisław Flaschen
ordynuje jak zwykle Willa „Gwiazda“. 138

Dr MAKSYMILIAN FUCHS 284 ordynuje jak dawniej
w Badenie (pod Wiedniem) ul. Renngasse 6

IWONICZ 285 Dr STAUBER ordynuje jak zwykle od 20 maja.

KARLSBAD Dr W. Maleszewski
b. Asyst. Kliniki krakowskiej
ordynuje jak dawniej „Haus Nastopil“.
O otwarciu własnego
SANATORIUM (PENSION MÉDICALE-DIÈTÉTIQUE)
wyjdą osobne oznajmienia. 288

Rok LIII. Kraków, dnia 6. czerwca 1914 Nr 23

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z c. k. Szkoły położnych w Krakowie (Prof. Dr Dobrowolski).

Przyczynek do kazuistyki ostrej niedrożności jelit w przebiegu ciąży, porodu i połogu.

Podała

Dr Ada Markowa

asystentka szkoły położnych.

D. 7. XII 1913 zgłosiła się do Szkoły położnych czterdziestoletnia A. W. w X. miesiącu ks. ciąży. Poprzednio rodziła raz na czasie siłami natury przed 11 laty. Ważniejsze szczegóły ze stanu obecnego: Wzrost nizki. Wymiary miednicy: dist. spin.: 22; dist. crist.: 25·5; dist. troch.: 29; conj. ext.: 17·5; conj. diagon: 10. Położenie płodu podłużne, główkowe, postawa pierwsza, płód żyje. Ze względu na dość znaczną ilość białka w moczu zalecono chorej leżenie w łóżku i dyetę bezsolną.

W nocy 10. XII. rozpoczęły się bóle porodowe, nad ranem pękł pęcherz przy ujściu rozwartem do rozmiarów srebrnej dwukoronówki. Bóle były niezbyt silne. D. 11. XII popołudniu tętno płodu zaczęło się pogarszać, ciepłota matki podniosła się do 38°. Główka płodu nieustalona. Przy ujściu, rozwartem do rozmiarów pięciokoronówki, po nacięciu jego brzegów założono kleszcze wysokie i wydobyto płód żywy, ważący 3600 gr. Zabieg odbył się w uśpieniu chloroformowem. W nocy z 11. na 12. XII. chora raz wymiotowała, co w braku wszelkich innych objawów odniesiono do działania chloroformu.

W ciągu d. 12. XII przebieg połogu był zupełnie prawidłowy. 13. XII. rano pojawiło się odbijanie, pomału zaczęło się wytwarzać wzdęcie brzucha, chora jednak nie odczuwała żadnego bólu. Popołudniu wystąpiły wymioty i stawianie się pętli jelitowych przy ciepł. 37·2° i tętnie 92. Równocześnie stwierdzono brak odchodów i w przypuszczeniu, że powstało tyłozgięcie macicy połogowej, przystąpiono do jej odprowadzenia. W czasie oburęcznego badania macicy, ułożonej zresztą prawidłowo, odeszło przez dren, wprowadzony do kiszki stolcowej, trochę wiatrów. Gdy wysoka lawatywa nie odniosła skutku, a stan chorej, w szczególności zaś tętno zaczęło się pogarszać, przeniesiono chorą na oddział chirurgiczny. Tu po zastosowaniu wysokiej lawatywy odeszła duża ilość wiatrów, woda zabarwiona była silnie kałem. Jednakowoż wzdęcie wzrastało, tętno pogarszało się w dalszym ciągu i dlatego 14. XII. rano wykonano laparotomię w uśpieniu eterowem. Znaleziono jelito cienkie silnie rozdęte, w całości skręcone około krezki prawie o 180°. Do zupełnego zaciśnięcia światła przyczyniała się ciężka, duża macica połogowa. W jamie brzusznej znajdowała się znaczna ilość płynu krwawego. Już na stole operacyjnym po dokonaniu detorsyi chora oddała stolec i wiatry. Stan operowanej, nadzwyczaj ciężki, poprawił się po kilku dniach dzięki niezmiernej pieczołowitości, jaka cechowała leczenie pooperacyjne. Rana zagoiła się doraźnie, jednakowoż przebieg powikłany był jeszcze przez różę na nosie i moczenie krwawe, jakie wystąpiło na tle starego zapalenia nerek. W 4 tygodnie operowana wyleczona opuściła szpital.

W latach poprzednich mieliśmy sposobność spostrzegać ostrą niedrożność jelit wskutek skrętu esicy u osoby rodzącej:

W dniu 23. I. 1912 zgłosiła się do Szkoły położnych osoba, rodząca po raz drugi. Poprzedni poród na czasie siłami natury. Od 3 dni nudności, odbijania, zaparcie stolca i wiatrów. Stan obecny: C. 37·2, tętno dobrze napięte, 80, język wilgotny, czysty. Brzuch silnie wzdęty, zwłaszcza w nadpępczu, gdzie już okiem można stwierdzić rozdęcie jelita. Pomimo, że poród, będący w toku, odbywał się na czasie, macica sięgała zaledwie do pępka, zepchnięta tam przez nadzwyczajnie silnie rozdęte jelita. Wysoka lawatywa nie odniosła skutku. Celem przyspieszenia porodu przebito pęcherz przy ujściu, rozwartem na małą dłoń. W przeciągu 20 minut urodził się płód żywy, donoszony. Brzuch po porodzie pomniejszył się nieco. Noc przeszła spokojnie. Rano wzdęcie zaczęło wzrastać, język obłożony, podsychający, ciepłota nieco wyższa, tętno szybkie, stawianie się pętli jelitowych wyraźne. Laparotomia, wykonana na oddziale chirurgicznym szpitala św. Łazarza, wykazała, iż esica, rozdęta do najwyższego stopnia, skręcona była o 180°. Na razie ze względu na stan chorej wykonano jedynie detorsyę. Rana zagoiła się doraźnie, a w połowie lutego ze względu na niezwykle długą krezkę wykonano resekcyę esicy. W marcu, jako zupełnie zdrowa, opuściła szpital.

W tymże roku spostrzegaliśmy przypadek zadzierzgnięcia jelita (strangulatio intestini) w ciąży:

D. 11. VII. 1912 przywieziono do Szkoły położnych osobę w VI. miesiącu ks. ciąży z rozpoznaniem: Retroflexio uteri gravidi incarcerata. Ciepłota 38·6°, tętno 124, brzuch balonowato rozdęty. Przy badaniu przez pochwę znaleziono macicę powiększoną, jak w VI. mies. ciąży, ułożoną prawidłowo. Natomiast dało się stwierdzić wyraźne stawianie się jelit. Wobec tego, jak również wobec wywiadów (wymioty, zaparcie stolca i wiatrów) przeniesiono chorą na oddział chirurgiczny. Laparotomia wykazała w jamie brzusznej obecność znacznej ilości płynu krwawego. Jelito cienkie na pewnej przestrzeni znacznie rozdęte, na pozostałej zapadnięte. Po wyważeniu ciężarnej macicy wydo-

bylo z miednicy małej znaczną część jelita cienkiego, bardzo silnie przekrwioną, uciśniętą i odsznurowaną przez dość silny zrost. Zrost przecięto. Macicę odprowadzono. 13. VII. chora samorodnie poroniła, 26. VII. opuściła szpital.

Skręt jelita spostrzegaliśmy także w roku ubiegłym:

Dnia 24. II. 1913 przywieziono wieloródkę w VI. miesiącu ks. ciąży. Cierpiała ona stale na nawykowe zaparcie stolca, przed 3 zaś dniami wystąpiły nagle silne bóle w dolnej części brzucha, zaparcie stolca i wiatrów, wymioty, ciepłota 39·5°, tętno 76. Wzdęcie znaczne, obrysy jelita grubego wyraźnie widoczne. Wykonana laparotomia stwierdziła płyn surowiczy w jamie otrzewnej, jelito cienkie zapadłe, okrężnicę poprzeczną nad macicą silnie rozdętą, jelito esowate skręcone o 180°. Detorsio, 9. III. operowana opuszcza szpital.

Kazuistyka przypadków ostrej niedrożności przewodu pokarmowego w przebiegu ciąży i porodu jest niezbyt obfita, tem zaś rzadsze są te przypadki w przebiegu połogu. W niezmiernie gruntownej i wyczerpującej pracy Piotrowskiego, gdzie piśmiennictwo zebrane jest najdokładniej do roku 1902, przytoczono tylko jeden taki przypadek niedrożności jelit w połogu, a rzadkość tego rodzaju powikłań połogu tłómaczy Piotrowski zmniejszonym ruchem robaczkowym jelit u położnicy, jak również jej zachowaniem się: dyetą, leżeniem w łóżku i t. d. Niedrożność zaś jelit, jaką sam Piotrowski w przebiegu połogu spostrzegał dwukrotnie, pochodziła nie ze skrętu jelita lecz wywołana została załamaniem wskutek zrostu.

W statystyce Meyera znajdujemy dwa przypadki niedrożności jelita w połogu. Pierwszy, opisany przez Gusserowa: Pierwiastka, lat 22, poród siłami natury. Zapalenie otrzewnej. W 40. dniu niedrożność jelit, uleczona na drodze środków wewnętrznych. Drugi, opisany przez Tournaya: Pierwiastka. Niedrożność w trzecim dniu po porodzie, odbytym siłami natury, uleczona zapomocą ułożenia na czworakach.

Mechanizm powstawania skrętu jelita w połogu, a raczej związek między tym mechanizmem, a połogiem, jest dla nas zupełnie niezrozumiały i nawet nie rozporządzamy w tym względzie mniej lub więcej uzasadnionemi hypotezami. Niedrożność jelita, występująca w przebiegu ciąży, wywoływana bywa przez różne przyczyny, jak zrosty, skręt, tyłozgięcie macicy i t. d., może więc pozostawać w związku z ciążą, jak stwierdza Romanenko, może też jednak występować niezależnie od ciąży. Ciąża może tę niedrożność wywołać sama przez się, a to przez ucisk na pętle jelita lub odegrać rolę czynnika wyzwalającego przy innych istniejących warunkach. Zdaniem Wilmsa jednak jelito musi się już znajdować w stanie patologicznym, aby ciężarna macica w zupełności zacisnąć mogła jego światło, względnie w jamie brzusznej toczyć się musi jakaś sprawa chorobowa, wywołująca bądź gromadzenie się w niej płynu, bądź ropy w przestrzeniach otorbionych.

W czasie porodu, szczególniej u pierwiastek, przyczynić się mogą do powstania niedrożności silne bóle porodowe i wywołane przez nie ruchy macicy (Gottsched, Fromme).

Z całym naciskiem podnosi Wilms, że ostra niedrożność jelita w przebiegu ciąży, względnie porodu, stanowi grupę swoistą wśród tego rodzaju przypadków, występujących w innych warunkach, a to ze względu na trudności w rozpoznaniu, obarczające w sposób bardzo niekorzystny rokowanie. Ciężarna macica zaciera i nie pozwala docenić wzdęcia jelit; badanie brzucha zapomocą dotyku jest niezmiernie utrudnione, kolka jelitowa sprawiać może wrażenie bólów porodowych. W połogu trudności rozpoznawcze sprawiać może septyczne zapalenie otrzewnej lub pęknięcie macicy. Wybitnym przykładem pomyłki rozpoznawczej jest przypadek niedrożności jelit, w którym Bumm i Fromme, rozpoznając przedwczesne odklejenie się łożyska, założyli kleszcze. Laparotomię wykonano również, lecz zapóźno, i przypadek skończył się śmiercią matki i dziecka.

Te trudności rozpoznawcze sprawiają, że postępowanie lekarza staje się wyczekującem, na co w wielkim stopniu wpływa liczenie się z życiem płodu, chęć utrzymania ciąży, względnie konieczność uprzedniego rozwiązania chorej. Tymczasem z każdą godziną czekania pogarsza się stan chorej i zmniejszają się szanse korzystnego wyniku laparotomii. Rokowanie jest dla chorej jeszcze gorsze, gdy płód już nie żyje, co jest wyrazem silnego stopnia zatrucia ustroju matki. Doświadczenie poucza, że leczenie musi być w tych przypadkach szybkie, energiczne i radykalne, że ciąża jako taka musi zejść wobec sprawy chorobowej na plan drugi, a to tem więcej, że ciężki stan matki wywołuje występowanie bólów porodowych i rychłe obumieranie płodu. Potwierdzają to zestawienia statystyczne z lat ostatnich. I tak podaje Wilms, że na 26 osób ciężarnych, operowanych z powodu niedrożności, zmarło matek 14, dzieci 10, na 21 nieoperowanych zmarło matek 16, dzieci 14. Meyer zaś stwierdza, że we wszystkich zebranych przez niego przypadkach, gdzie chciano usunąć niedrożność jelit przez opróżnienie macicy, nastąpiło zejście śmiertelne, nawet o ile po opróżnieniu macicy wykonano laparotomię.

Doświadczenie, oparte na przypadkach, które mieliśmy sposobność spostrzegać, a które opisałam wyżej, zupełnie potwierdza ten wynik zestawień statystycznych. Szczęśliwe zejście sprawy u naszych chorych tłomaczy się szybką decyzyą w kierunku leczenia operacyjnego, a przypadek pierwszy, w którym wyczekiwaliśmy najdłużej pomyślnego zwrotu pod wpływem leczenia wewnętrznego, był też najtrudniejszym do utrzymania przy życiu.

Piśmiennictwo. 1) Wilms: Deutsche Chirurgie. — 2) Becker: Die Achsendrehung des Dickdarms in Beziehung zur Schwangerschaft u. Geburt. Monatschr. f. Geburtsh. u. Gynaek. 1908. — 3) Fromme: Münchn. med. Wochenschr. 1903 Nr 42. — 4) Piotrowski: Przegl. lek. 1903. — 5) Brettauer: The American. Journ. of Obst. 1903 p. 356. — 6) Gottschalk: Archiv f. Gynaek. 1879, Bd. 46. — 7) Champetier de Ribes u. Daniel 1902, Zentrbl. f. Gyn. p. 623. — 8) Meyer. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. 1899, Nr 9. — 9) Rydygier: Archiv f. klin. Chir. 1887, T. 36.

Rzut oka na rozwój patologii na tle rozwoju nauki, w szczególności przyrodoznawstwa. Patologia jako nauka.

Napisał

Prof. Dr Karol Klecki.

Patologia (od πάθος — choroba, cierpienie) jest nauką o chorobach.

Od czasów najdawniejszych instynkt samozachowawczy popychał człowieka do szukania sposobów, zapomocą których mógłby uchronić się od grożących mu chorób, oraz zwalczać choroby już powstałe. Niewątpliwie to przedewszystkiem zniewoliło człowieka do dociekania, co choroby sprowadza i na czem one polegają. Obok tego czysto praktycznego celu lekarskiego, do dociekań w tym względzie skłaniała człowieka wrodzona badawczość jego umysłu.

Po wsze czasy wyobrażenia o chorobach opierały się głównie na spostrzeżeniach poczynionych na ludziach chorych; wyobrażenia te były jednak przytem w ścisłej zależności od stanu kultury i całokształtu nauki w danej społeczności, zwłaszcza od stanu nauk przyrodniczych. I dzisiaj u narodów niecywilizowanych, oraz u ludzi prostych wśród narodów kulturalnych, trwają o chorobach wyobrażenia takie, jakie w zaraniu cywilizacyi były zupełnie powszechne. W wyobrażeniach takich elementy nadprzyrodzone niepoślednią odgrywają rolę.

W zamierzchłej starożytności na kształtowanie się pojęć, związanych z chorobą, wpływały w znacznej mierze wierzenia religijne, które na całą umysłowość ówczesnego świata potężnie oddziaływały. Przyczyniała się do tego i ta okoliczność, że w czasach tych sztukę lekarską uprawiali przeważnie kapłani; w Grecyi byli to kapłani bożka Asklepiosa.

Gdy z początkiem VI w. przed Chr. przeszczepione do Grecyi z Indyi, Babilonu i Egiptu wiadomości z matematyki i astronomii pobudziły pierwszych myślicieli jońskich i doryckich do wstępnej niejako oryentacyi we wszechświecie, oraz do zastanawiania się nad przyczyną poznawanych przytem zjawisk, powstała pierwotna filozofia grecka, którą Pitagoras (584—504) nazwał kosmogonią.

Filozofia ta już w VI w. przed Chr. rozwijała się w dwu kierunkach, z których jeden upatrywał siłę rządzącą zjawiskami w samych zjawiskach (fizyologowie jońscy), a drugi uznawał element boski, porządkujący i harmonizujący naturę (szkoła dorycka). Już wówczas zaznaczyły się dwa odrębne sposoby ujmowania poznanych zjawisk, utrzymujące się aż do ostatnich czasów, mianowicie jeden, oparty na wyniku zmysłowego badania zjawisk (Heraklit (ur. 540—530 przed Chr.), oraz drugi sposób, oparty li tylko na myśleniu i odrzucający jako złudzenie to, co dają zmysły (Ksenofanes (ur. 576—572 przed Chr.), eleaci).

Pierwotna nauka ta była zaczątkiem nauki europejskiej. Z niej to w stosunkowo krótkim czasie rozwinęła się późniejsza filozofia grecka, obejmująca całokształt wiedzy ówczesnej. Już w tej nauce pierwotnej, niemal od samych jej początków, starano się zgłębić zagadnienia, tyczące się początku i istoty życia, oraz różnych ważnych przejawów życiowych.

Po epoce pierwszych fizyologów jońskich (Tales (ur. 624 przed Chr.), Anaksimander (ur. 610 przed Chr.), Anaksimenes) i Pitagorasie, który na podstawie badania stosunków liczbowych stworzył pierwsze zasady matematyki, a przez obserwacye astronomiczne doszedł do wniosku, że ziemia wraz z ciałami niebieskiemi obraca się naokoło ognistego ośrodka wszechświata, po Parmenidesie z Elei, którego Platon nazywa »Wielkim«, a który pierwszy doszedł do tego, że kształt ziemi jest kulisty, już V wiek przed Chr. wydał Anaksagorasa (500—428), który kładł pierwsze w Europie podwaliny monoteizmu i który miał już przeczucie siły, przeciwdziałającej ciążeniu ciał niebieskich; siłę tę określał Anaksagoras jako rozum (νοῦς).

Tensam wiek V przed Chr. wydał Empedoklesa z Agrygentu (ur. 504 przed Chr.), kapłana i lekarza, a przytem mowcę, który jest pierwszym twórcą retoryki. Empedokles głosił, że w naturze, w której wszystko się łączy lub rozdziela wskutek miłości lub nienawiści, zachodzi stopniowy postęp i doskonalenie się wszelkich tworów, powstałych z przypadkowego połączenia się pierwiastków i sił zasadniczych, przyczem utrzymują się tylko twory zdolne do życia i rozpładniania się, a inne giną. Nauka Empedoklesa, aczkolwiek w formie naiwnej, zawiera już jednak elementy teoryi Lamarcka i Darwina, powstałej w przeszło 2000 lat po filozofie greckim. Nieco starszy od Empedoklesa Heraklit wytworzył sobie już pewne wyobrażenie o walce o byt w naturze.

Pod koniec V w. przed Chr. rozpoczyna się działalność Demokryta (460—361), największego przyrodnika tych czasów, który, przejąwszy od mistrza swego, Leucyppa, teoryę atomów, wykształcił ją tak dalece, że oparty na tej teoryi jego system atomistyczno-mechaniczny oddał późniejszej nauce większe usługi, niż jakikolwiek inny system metafizyczny.

Do istniejących podówczas szkół lub związków filozoficznych, w których zajmowano się badaniem przyrody, względnie filozofią natury, należeli także i lekarze. Jeden z nich, Alkmeon, uczeń Pitagorasa, poznał pierwszy, że różne czynności ustroju zawisłe są od mózgu (»ἐν τῷ ἐγκεφάλῳ εἶναι τὸ ἡγεμονικόν«).

Obok szkół filozoficznych istniało już w V w. przed Chr. kilka greckich szkół lekarskich. W jednej z nich, mającej siedzibę na wyspie Knidos, zajmowano się głównie zewnętrznymi przejawami chorób, oraz powstałemi w chorobach zmianami miejscowemi. W innej szkole, na wyspie Kos, zwracano nadto uwagę na występujące w chorobach zaburzenia ogólne ustroju i starano się poznać związek, jaki w sprawach chorobnych zachodzi między rozmaitemi zmianami. Z tej to szkoły na wyspie Kos wyszedł największy lekarz starożytności, twórca medycyny europejskiej, Hippokrates Wielki (460—377). Przeciwny spekulacyjnemu ujmowaniu spraw chorobnych przez filozofów, oparł on wiedzę lekarską na ścisłej obserwacyi objawów chorobnych i doświadczeniu lekarskiem. Atoli podstawą

*) Powyższa praca, stanowiąca wstęp do patologii, jest pierwszym z szeregu wykładów, które, zebrane w jedną całość, mają się złożyć na podręcznik patologii ogólnej.

jego nauki było założenie, że w ustroju głównem podłożem spraw życiowych są cztery zasadnicze ciecze, czyli humory (χυμοί), mianowicie krew, śluz, żółć i wytwarzana przez śledzionę żółć czarna, które w stanie zdrowia są ze sobą zmieszane we właściwym stosunku (κρᾶσις), oraz że nośnikiem wrodzonego ciepła ustroju (ἔμφυτον θερμόν) jest krążąca w naczyniach substancya materyalna, podobna do powietrza, którą nazwał πνεῦμα. Według Hippokratesa w chorobach ostrych, które w swej nauce głównie uwzględnia, materya patologiczna, nagromadzona w ustroju, przechodzi 3 okresy: surowości (ἀπεψία), zgotowania (πέψις), oraz zmiany rozstrzygającej (κρίσις); wszystko to sprowadza działająca w ustroju siła naturalna, φύσις.

Obok podstaw empirycznych, świadczących o wielkim zmyśle przyrodniczym Hippokratesa, nauka jego już w samem swojem założeniu zawiera zatem sporo elementów apriorystycznych i spekulacyjnych. Jest to rzeczą zupełnie zrozumiałą, jeśli się zważy, że cała niemal nauka ówczesna opierała się głównie na spekulacyi, która jako metoda dociekania dosięgła szczytu w idealistycznej filozofii Platona (427—347). Wszak Platon uczył, że w świadomości naszej, zupełnie niezależnie od zmysłów, są wszystkie elementy potrzebne do naukowej konstrukcyi kosmosu, w którym ogólna panuje harmonia.

Dopiero Arystoteles (384—322), który pochodził z rodziny lekarskiej (był synem lekarza przybocznego króla macedońskiego Amyntasa II), co niewątpliwie wywarło pewien wpływ na kierunek jego badań, obok logiki i metafizyki, która do XVII w. była niejako wzorem wszelkiego myślenia filozoficznego, stworzył na empiryi opartą opisowo-porównawczą metodę badania przyrody. W badaniach biologicznych Arystoteles pierwszy posługiwał się eksperymentem. W pismach swych on pierwszy przedstawił systematycznie różne dziedziny nauki. Z pośród pism Arystotelesa w najbliższym związku z medycyną są ἀνατομαί, czyli badania anatomiczne, przeprowadzone głównie na zwierzętach, φυσικὴ ἀκρόασις, czyli fizyka, oraz περὶ ψυχῆς, czyli psychologia, wraz z małemi rozprawami o pamięci, śnie, marzeniach sennych i t. p.

Jakkolwiek Arystoteles stworzył właściwą metodę naukową przyrodoznawstwa i zebrał, oraz opracował znaczny materyał z tej dziedziny, nauka jego, podobnie jak patologia Hippokratesa, nie była wolna od spekulacyi, wychodzącej z założeń naukowo nieuzasadnionych. Zwłaszcza poglądy fizyologiczne Arystotelesa są w znacznej mierze wynikiem spekulacyi teleologicznej. Według Arystotelesa wszelkiemi czynnościami ustroju rządzi siła absolutna, ἐντελέχεια; oddychanie służy do tego, by uchronić serce, będące ośrodkiem ukrwienia, ciepła, wszelkich ruchów i czucia, od nadmiernego ogrzania lub oziębienia, zadaniem zaś przepony jest chronić serce od unoszących się z żołądka szkodliwych wyziewów.

Liczni uczniowie Arystotelesa przez swoje systematyczne badania dali początek różnym gałęziom nauki. Theophrastus (370—285) zapoczątkował naukę botaniki; dzieło jego przez całe niemal średniowiecze było główną tej nauki podstawą. Ze szkoły Arystotelesa wyszły również pierwsze próby historyi greckiej kultury (Dicearch), historyi nauk (Endemus), oraz teoryi muzyki (Aristoxenus).

Gdy kultura i filozofia grecka wraz ze zwycięskim orężem Aleksandra Wielkiego przenikła do krajów ościennych i utworzyła tam nowe ośrodki nauki, które zwłaszcza po śmierci Aleksandra, w państwach nowopowstałych z jego dziedzictwa, szybko zaczęły się rozwijać, nadeszła dla nauki greckiej chwila przełomowa. Różne gałęzie nauki opartej na empiryi zaczęły mianowicie oddzielać się od metafizycznej spekulacyi ówczesnej filozofii greckiej, której znaczenie zaczęło przeto ograniczać się do zagadnień etycznych i politycznych. Nadto, różne działy nauki, posiadające wówczas już w pewnej mierze wyrobione metody badania, zaczęto uprawiać, jako odrębne nauki. W głównych ośrodkach tej nowej nauki empirycznej, Aleksandryi i Pergamie, powstały w tych czasach liczne instytucye naukowe. Obok bibliotek i obserwatoryów astronomicznych zakładano ogrody botaniczne i zoologiczne, oraz pracownie anatomiczne.

W epoce tej zasłynęli Euklides (ok. 300 przed Chr.), twórca geometryi, Archimedes (287—212), którego teorya dźwigni stała się podstawą późniejszej statyki, astronom Arystarch, który już w III w. przed Chr. stworzył układ heliocentryczny wszechświata, oraz Klaudyusz Ptolomeusz, którego t. zw. »wielki układ astronomiczny«, oparty na teoryi geocentrycznej, przetrwał aż do czasów Kopernika.

W szkole aleksandryjskiej, w której obok nauk przyrodniczych uprawiano także inne nauki, zwłaszcza filologię, posługiwano się w badaniach przyrodniczych już w znacznej mierze eksperymentem.

Do postępu anatomii przyczyniły się w tych czasach najwięcej poszukiwania Herofila (ok. 300 przed Chr.), oraz Erasistrata (um. 280 przed Chr.). W badaniach fizyologicznych zaczęto stosować wiwisekcyę.

Już Erasistratus przy sposobności badań anatomicznych zwracał uwagę na występujące w chorobach zmiany narządów, a uczeń Herofila, Demetrius, zbadał powstawanie krwotoków. Naogół jednak w czasach tych nie zaznaczył się istotny postęp patologii, lekarze bowiem tej epoki wyznawali przeważnie humoralną teoryę Hippokratesa i zadawalniali się teoretyczną spekulacyą na tym gruncie.

Powstałe po śmierci Arystotelesa nowe greckie szkoły filozoficzne miały wielkie znaczenie dla całej późniejszej nauki. Szkoła stoików, poza oddziaływaniem etycznem i badaniem ontologii żywej materyi, opracowała wiele zasadniczych pojęć, któremi późniejsza nauka operowała. Szkoła epikurejska, której nauka łączyła mechaniczno-atomistyczną teoryę Demokryta ze zdobytą przez wrażenia zmysłowe empiryą zewnętrzną, oraz etyką, doprowadziła do poglądu na świat, który utrzymywał się przez całe średniowiecze i który stał się podstawą późniejszych atomistycznych dociekań przyrodniczych. Ponieważ jednak nietylko dawniejsze, ale i te nowsze szkoły filozoficzne właściwych kryteryów naukowych nie ustaliły, wszelkie wywody naukowe dawały wielkie pole do krytyki; stąd powstał sceptycyzm, zwalczający wszystkie ówczesne kierunki filozoficzne, oraz wyniki wszelkich badań naukowych.

Wśród lekarzy powstała w tych czasach szkoła empiryków, którzy nie troszcząc się o podstawy nau-

kowe medycyny, mieli na względzie tylko jej cel praktyczny. Dlatego w czasach tych rozwinęła się znacznie farmakologia i toksykologia, patologia zaś była niemal zupełnie zaniedbana.

Filozofia grecka, tak silnie zespolona z przyrodoznawstwem, dotarła także do Rzymu i wywarła silny wpływ na jego kulturę. Atoli umysłowość obywateli państwa, podbijającego inne kraje i organizującego się wewnętrznie, zwracała się raczej do zagadnień wojskowych, politycznych, prawniczych i etycznych, niźli do kwestyi przyrodniczych i lekarskich. Charakterystyczną jest rzeczą, że ze wszystkich filozofów, którzy w tych czasach przybywali z Grecyi do Rzymu, największe wrażenie wywarł wielki krytyk i sceptyk Karneades (214—129), który w mowach swoich raz wielbił sprawiedliwość, a potem z równą siłą argumentacyi i wymowy tęż sprawiedliwość zwalczał.

To też Rzym starożytny nie pogłębił z nauki greckiej płynącego poglądu na świat. Stworzył on prawo, które jest niejako specyficznym wyrazem jego ducha, wydał poetów, mowców, pisarzy i stylistów nawet tej miary, co T. Lucretius Carus (99—55), M. Tullius Cicero (106—45) i Quintus Horatius Flaccus (65—8), ale filozofia rzymska, przeważnie eklektywna, zmierzająca po upadku dawnej wiary do stworzenia jakiejś wspólnej podstawy moralnej dla olbrzymiego, a tak różnolitego państwa, dla późniejszej nauki ścisłej mało co zdziałała. Cel praktyczny filozofii rzymskiej odzwierciedla się najlepiej w określeniu filozofa L. Anneusza Seneki (2—65): »facere docet philosophia, non dicere«.

Ale i owej podstawy moralnej filozofia rzymska światu nie przyniosła. Dało ją dopiero Chrześciaństwo.

Na schyłku ery pogańskiej na empiryi oparta medycyna praktyczna stała w Rzymie stosunkowo wysoko, natomiast patologią mało się zajmowano. Najwybitniejszym lekarzem tego czasu był Asklepiades (128 - 56), który przybył do Rzymu z Grecyi. Jest on twórcą patologii solidystycznej, opartej na nauce o atomach Demokryta. Według Asklepiadesa ustrój składa się z atomów (ὄγκοι), oraz wypełniających wolną przestrzeń pomiędzy nimi por (πόροι), w których krążą soki ustroju; w stanach chorobnych zarówno atomy jak i pory ulegają rozmaitym zmianom. Teorya ta zwyrodniała potem w szkole metodyków, którzy patologię Asklepiadesa jeszcze bardziej uprościli; uwzględniali oni jedynie stan przestworów, znajdujących się pomiędzy cząstkami stałemi ustroju.

Pomimo niepomyślnych warunków dla rozwoju nauk przyrodniczych i lekarskich, już w pierwszych wiekach ery chrześciańskiej w patologii zaznaczył się niemały postęp.

Na sam początek tej ery przypada dzieło Aulusa Korneliusza Celsusa (25—30 przed Chr. do 45—50 po Chr.). Celsus w rzeczach patologii nie trzymał się niewolniczo nauki Hippokratesa, ani nie uznawał teoryi Asklepiadesa. Sam nie tłómaczył niejasnych spraw chorobnych zapomocą nowych hipotez, ale położył dla patologii tę zasługę, że spostrzegane choroby dokładnie opisywał. W opisach chorób, czyli nozografii, celował w tych czasach Aretaeus z Kappadocyi (ok. 50); nakreślił on po mistrzowsku między innymi obrazy kliniczne włóknikowego zapalenia płuc, padaczki, tężca i suchot płucnych, przyczem dokładnie opisał właściwości budowy suchotników (habitus phthisicus). Na tę samą epokę przypada olbrzymie dzieło Pliniusza Starszego (32—79), o charakterze również głównie opisowym, obejmujące całą podówczas znaną historyę naturalną. Do postępu patologii w tych czasach przyczyniły się znacznie szkoły lekarskie pneumatyków oraz eklektyków. Przedstawiciele tych szkół uprawiali anatomię i starali się o ile możności gruntownie badać objawy chorobne. Opracowano w tych czasach wcale dokładnie naukę o zmianach tętna, którem się interesowano głównie ze względu na jego domniemany związek z pneuma.

W II w. po Chr. Soranus z Efezu (ur. 110), jakkolwiek metodyk, nie uznający anatomii, znakomicie opracował fizyologię i patologię porodu.

Najwięcej zaś do postępu nauk lekarskich w II w. po Chr. przyczynił się znakomity lekarz i filozof zarazem, Claudius Galenus (131—201), który po wystudyowaniu medycyny w rodzinnym Pergamie, Smyrnie, Koryncie i Aleksandryi przybył do Rzymu. Przeprowadzał on badania anatomiczne i fizyologiczne, przyczem posługiwał się rozczłonkowywaniem zwierząt, oraz eksperymentem na żywych małpach i świniach. Położył on na tem polu wielkie zasługi, zwłaszcza w dziedzinie układu nerwowego; między innemi on to pierwszy poznał, że narządem centralnym czucia i wszelkich czynności świadomych jest mózg, a nie serce, jak to jeszcze uważał Arystoteles. Największą zaś zasługą Galena jest to, że starał się oprzeć medycynę na anatomii i fizyologii. Że jednak, wyznając sam filozofię Platona, chciał on przytem ująć medycynę ze stanowiska tej filozofii, stworzył on system, który jest wprawdzie skończoną całością, w którym jednak wiele ważnych szczegółów jest tylko tworem jego wyobraźni.

W rzeczach patologii opierał się Galen w znacznej mierze na poglądach humoralnych Hippokratesa, tak, że w klasyfikacyi spraw chorobnych uwzględniał on na pierwszem miejscu choroby powstałe wskutek zaburzeń zasadniczych cieczy ustroju, odpowiadających przyjętym podówczas czterem elementom, ciepła, zimna, wilgoci i suchości, a potem dopiero choroby części jednostajnych, czyli tkanek ((γένος ὁμοιομερές), oraz choroby miejscowe, czyli poszczególnych narządów (γένος ὀργανικόν).

Zależnie od przewagi w ustroju jednego z czterech humorów, odróżniał Galen cztery temperamenty, mianowicie sangwinistyczny, flegmatyczny, choleryczny i melancholiczny, którym przypisywał wielkie znaczenie w powstawaniu różnych chorób. Nauka Galena o zapaleniu i gorączce świadczy o wielkiej bystrości jego zmysłu spostrzegawczego, któremu nie uszedł związek, jaki pomiędzy temi sprawami zachodzi. Kardynalne znamiona zapalenia, jakie Galen podał, mianowicie obrzmienie, ból, tętnienie, podniesienie ciepłoty i zaczerwienienie, utrzymały się w patologii do dnia dzisiejszego. Jakkolwiek Galen, podobnie jak Hippokrates, wielki kładł nacisk na zdobywanie wiadomości o chorobach przez dokładną obserwacyę chorych, w patologii Galena niepoślednią rolę odgrywają wywody teoretyczne, na żadnych nie oparte faktach.

To też nie wszyscy lekarze naukę Galena uznawali, zwłaszcza lekarze należący do szkoły empiryków, zapatrujący się sceptycznie na panujące podówczas pojęcia o chorobach, oraz przyczynach chorób. Jednym z najwybitniej-

szych przedstawicieli tego sceptycyzmu lekarskiego był zapewne współczesny z Galenem i nieco od niego młodszy lekarz Sextus, który zwalczał nietylko ówczesną naukę lekarską, ale zarazem i wszelkie inne nauki, jakoto logikę, matematykę, fizykę, astronomię, gramatykę, retorykę, etykę, a nawet i muzykę.

W pierwszych wiekach po urodzeniu Chrystusa umysł ludzki, dążący do poznania prawdy, z natury rzeczy zwracał się przedewszystkiem do Objawienia. Nauka chrześciańska nietylko znalazła wyraz w filozoficznych dziełach Ojców Kościoła, ale oddziałała także i na umysłowość zwalczającego ją świata pogańskiego, co głównie ujawniło się w ostatnim greckim systemie filozoficznym, neoplatonizmie.

Zrozumiałą jest rzeczą, że w społeczeństwie chrześciańskiem w czasach tych nauką główną musiała stać się teologia, i że inne, na empiryi oparte nauki zaniedbano, zwłaszcza, że rozwiązanie różnych zagadnień, zajmujących oddawna umysł człowieka, dawała wiara.

W starciach krzewiącego się Chrześciaństwa z pogaństwem padły ofiarą dawne szkoły greckie, biblioteki i zbiory naukowe. Kultura i tradycya naukowa starożytnego świata w części tylko zachowała się w Italii południowej, oraz we Francyi, gdzie wiele szkół, powstałych jeszcze za czasów cezarów, przetrwało tę burzliwą epokę.

Nauka szkolna przeniosła się głównie do klasztorów, gdzie obok teologii uprawiano także i nauki świeckie. Prawdziwemi ogniskami wiedzy były w tych czasach klasztory Benedyktynów, a potem Dominikanów.

Nauka medycyny przeniosła się także głównie do klasztorów. Jakkolwiek już w VI w. zaczęto zakładać przy klasztorach szpitale, nietylko nauka, ale i praktyka medycyny stała tam niezmiernie nizko. Dawna tradycya grecka chyliła się tymczasem do upadku. Ostatnim wybitnym jej przedstawicielem był Aleksander z Trallesu (525—605).

Wprawdzie w czasach upadku medycyny greckiej starano się uchronić jej naukowe, a zwłaszcza praktyczne zdobycze od zatraty; przepisywano i tłómaczono dzieła starożytnych lekarzów, komentowano je, robiono z nich kompilacye i opracowywano je encyklopedycznie, nie pogłębiano jednak tych dawniejszych zdobyczy przez samodzielne badania.

Już we wczesnem średniowieczu uprawiano medycynę także i poza klasztorami, w świeckich szkołach lekarskich. Najstarszą i najsławniejszą z nich była szkoła lekarska w Salernie we Włoszech południowych, t. zw. Collegium Hippocraticum. Nauka lekarska w tej szkole, oparta na powadze Hippokratesa i Galena, istotnego postępu patologii nie sprowadziła. To samo można powiedzieć i o innych istniejących w tych czasach szkołach lekarskich.

Tymczasem życie umysłowe wyznających islam Arabów wraz z wzrastającą ich potęgą polityczną silnie się rozbudziło. Otrzymawszy za pośrednictwem szkół syryjskich greckie źródła przyrodoznawstwa obficiej i w czystszej postaci, niż narody chrześciańskie, Arabowie podjęli na nowo naukę Arystotelesa, której stronę naturalistyczną starali się dalej rozwijać. Uczeni arabscy obok teologii, filozofii spekulacyjnej, prawa i matematyki uprawiali astrologię, oraz alchemię, którą sami stworzyli. Astrologia w pierwotnej swej postaci była właściwie astronomią. Dopiero późniejsze fantastyczne naleciałości zrobiły z niej naukę o wpływie ciał niebieskich na istoty ziemskie, o mocy gwiazd nad człowiekiem i zespoliły ją silnie z wróżbiarstwem. Pierwotna zaś alchemia była zaczątkiem późniejszej chemii. Arabowie z wielkiem zamiłowaniem oddawali się także medycynie, w której ich bystry zmysł spostrzegawczy rozległe znajdował pole. To też posunęli oni naprzód semiotykę, czyli naukę o objawach chorobnych, zwłaszcza w dziedzinie zmian tętna oraz zmian moczu (uroskopia), i zasłynęli jako lekarze praktyczni. Nie mogli oni jednak pogłębić nauki patologii, głównie z tego powodu, że koran zabraniał im samodzielnego myślenia. W rzeczach patologii opierali się tedy lekarze arabscy głównie na nauce Galena. Z pośród nich Rhazes (850—932) dał pierwszy klasyczny opis kliniczny ospy, oraz odry. Najwybitniejszy zaś lekarz arabski średniowiecza i filozof zarazem, Avicenna (Ibn Sina 980—1036), ma między innemi tę zasługę, że w tłómaczeniu niektórych spraw fizyologicznych uwzględniał zachodzące w nich zjawiska fizyczne; stworzył on oparty na nauce Galena system lekarski, w którym atoli naukę Galena przez własne wywody tylko zaciemnił.

Panująca w ciągu całego niemal średniowiecza filozofia scholastyczna, która, wychodząc z nauki Arystotelesa, lubowała się głównie w subtelnem rozbieraniu pojęć abstrakcyjnych, jak również płynący ze Wschodu misty-cyzm, wytworzyły atmosferę wielce niepomyślną dla rozwoju wszelkiej nauki empirycznej. Powstały stąd zastój w naukach przyrodniczych i lekarskich musiała równoważyć wiara w autorytet dawnych mistrzów. Tem się tłómaczy, że nauka Galena, pomimo swych braków, przetrwała do XVI w., i to nietyle w pierwotnej swej postaci, co w modyfikacyi lekarzy arabskich, których nauka w wiekach średnich była również w wielkiem poważaniu.

Wprawdzie już w XIV w. w szkole lekarskiej w Montpellier zaczęto krytykować naukę Galeńsko-arabską i już w tym czasie zaznaczył się pewien zwrot do empiryzmu w badaniach lekarskich, co ujawniło się między innemi w podjęciu zaniedbanych oddawna badań anatomicznych; ale zasadniczą zmianę w tym względzie przyniósł dopiero wiek Odrodzenia.

Rozwój filologii greckiej, jaką zaczęto uprawiać w licznych uniwersytetach, powstałych pod koniec średniowiecza, pobudził uczonych do studyowania dzieł dawnych mistrzów w oryginale. Powszechny niemal zwrot do filozofii Platona, oraz budząca się krytyka naukowa sprowadziły upadek średniowiecznej nauki scholastycznej.

Pisma Hippokratesa i Galena zaczęto studyować w pierwotnej ich postaci, wolne od późniejszych, zwłaszcza arabskich, naleciałości. Nastąpił okres, w którym lekarze zaczęli się zwracać do nauki Hippokratesa, a zwalczać naukę Galena, zwłaszcza w tej postaci, jaką jej nadali lekarze arabscy.

Pierwszym, który bardzo stanowczo i z wielką siłą wystąpił przeciwko tej nauce, był Philippus Theophrastus Bombastus, zwany Paracelsus (1493—1541). Wprawdzie nie opierał się on przytem na podstawach naukowych, gdyż, pomimo że odczuwał braki medycyny scholastycznej, lekceważył on zarówno anatomię, jakoteż i wszelkie inne naukowe badania lekarskie, wszelako wystąpienie

Paracelsa było już znamienne dla jego epoki. Jakkolwiek Paracelsus zwalczał Galena, popełnił on ten sam błąd zasadniczy, co Galen, mianowicie, chociaż pragnął oprzeć medycynę tylko na empiryi lekarskiej, stworzył system fantastyczny, oparty na własnym, iście średniowiecznym poglądzie na świat, w którym mistycyzm wielką odgrywał rolę.

Słusznie sądził Paracelsus, że bezpośrednie poznanie spraw naturalnych u człowieka, którego uważał za mikrokosmus, jest niezmiernie trudne i że do tego prowadzi poznanie dostępniejszego dla badania świata zewnętrznego (makrokosmus). Ponieważ jednak wszelkie sprawy organiczne czynił on zależnemi od rządzącej niemi idei życia, wyrażającej się w działaniu różnych nieuchwytnych entia, doszedł on do wniosku, że choroby sprowadzają czynniki takie, jak ens astrorum, ens veneni, ens naturale, ens spirituale i ens deale. Przez zestawienie zaś spraw chorobnych ze sprawami, toczącemi się w świecie zewnętrznym, doszedł Paracelsus do wręcz błędnego tłómaczenia wielu spraw patologicznych; uważał on n. p. puchlinę za powódź, a sprawy zanikowe za suszę w mikrokosmusie. Choroby, w których tworzą się w ustroju złogi, czyli choroby tartaryczne, do których zaliczał Paracelsus dnę i suchoty, sprowadzał on do niewłaściwego działania archeusza, czynnika rządzącego sprawami życiowemi.

Paracelsus, który nietylko wierzył w astrologię, ale zarazem uprawiał także alchemię, położył dla patologii tę zasługę, że w badaniu moczu nie ograniczał się do uroskopii, czyli oglądania moczu, ale starał się stwierdzić zmiany chemiczne, jakie w stanach chorobnych w moczu zachodzą. Przez sporządzanie z ziół lekarskich skutecznych »essencyi« zapoczątkował on późniejszą farmacyę.

W wieku Odrodzenia nastąpił w naukach przyrodniczych niezmiernie znamienny zwrot. W naukach tych zaniechano czystej spekulacyi, a zaczęto uprawiać naukę opartą przedewszystkiem na empiryi; naukę tę rozwijano na zasadach logiki i w dziedzinach, w których to było możliwe, przy pomocy ścisłej spekulacyi matematycznej. Ten nowy kierunek badania przyrody doprowadził do wiekopomnych odkryć Odrodzenia.

W r. 1543 ukazało się przypisane Papieżowi Pawłowi III dzieło Mikołaja Kopernika (1473—1543) »De revolutionibus orbium coelestium«. W kilkadziesiąt lat potem wystąpił ze swojemi prawami ruchu planet Jan Kepler (1571—1630), a Galileusz (1564—1642) przez odkrycie praw spadania położył podwalinę nowoczesnej fizyki.

W badaniach, które doprowadziły do tych wielkich odkryć, w przeciwstawieniu do dedukcyi, którą się posługiwano głównie w dawniejszej nauce spekulacyjnej, stosowano metodę indukcyjną. Nawoływał do tego w genialnej swej wszechstronności już Lionardo da Vinci (1452—1519), który zajmował się także zagadnieniami biologicznemi; obok studyów anatomicznych starał się on rozwiązywać różne kwestye fizyologiczne, głównie z dziedziny mechaniki stawów, układu mięśniowego (mimika, mechanizm oddychania, mowa), wydzielania moczu i zmysłu wzroku.

Indukcyę, jako metodę naukową, skodyfikował Franciszek Bacon z Werulamu (1560—1626). W pismach swych podnosił on, że nauka ostatecznych przyczyn zjawisk nie bada i że w naukach przyrodniczych jedynem źródłem poznania jest empirya. Uważał on przytem, że w naukach tych eksperyment jest znacznie właściwszą metodą badania, niż sama tylko obserwacya.

W r. 1595 wydaje pierwszy podręcznik chemii Andreas Libavius (1540—1616); odsłania on tajniki ówczesnej alchemii, nadaje jej jawność i kierunek naukowy.

Podróże, przedsiębrane w tych czasach do nowoodkrytych krajów, powiększają niepomiernie naukowy materyał zoologiczny i botaniczny. W dziedzinie botaniki opisowej wyróżnia się Andreas Caesalpinus, który tworzy klasyfikacyę roślin, opartą na właściwościach ich części rozrodczych, i stąd uważany jest za poprzednika Linneusza na tem polu.

W naukach lekarskich już w pierwszej połowie XVI w. występuje na widownię znakomity anatom Andreas Vesalius (1514—1564). Poza prawidłowymi stosunkami anatomicznymi opisuje on także niektóre zmiany patologiczne, jakoto: zwichnięcia, złamania kości, wrzody i guzy. Następcy Wesaliusza, wśród których najwięcej zasłynęli Gabriele Fallopia (1532—1562) i Eustachio Bartolomeo († 1574), badają w dalszym ciągu skład anatomiczny ciała ludzkiego.

(C. d. n.).

Sprawozdania.

Wrażenia chirurgiczne ze Stanów Zjednoczonych Ameryki północnej.

Skreślił

Prof. Dr **Leon Kryński**.

Tegoroczny zjazd Towarzystwa chirurgicznego międzynarodowego, czwarty z rzędu, odbył się w Nowym Yorku w dniu 13—15. kwietnia pod przewodnictwem prof. Depage z Brukseli. Miejscem zjazdu następnego za trzy lata obrano Paryż, zapraszając na przewodniczącego prof. Keena z Filadelfii. Jako tematy programowe na ten zjazd wyznaczono: 1) Chirurgia serca. 2) Badanie krwi i jego znaczenie dla chirurgii. 3) Wpływ czynników chemicznych i fizycznych na rozwój nowotworów złośliwych.

Po ukończeniu zjazdu rozpoczęła się druga, niewątpliwie najciekawsza część programu naszego pobytu w Ameryce, zapowiedziana wycieczka po Stanach Zjednoczonych, dająca możność poznania szeregu największych miast i przyjrzenia się zbliska chirurgii i chirurgom amerykańskim w ich ogniskach pracy. Wycieczka ta, wybornie zorganizowana i wykonana, zakreślona była na przeciąg dwóch tygodni i obejmowała, poza Nowym Yorkiem, Filadelfię, Baltimore, Washington, Chicago, Rochester, Montréal i Boston — miasta, najbardziej godne widzenia i będące głównemi ogniskami nauki w tej wielkiej rzeczypospolitej.

Następnego dnia po zamknięciu kongresu wyruszyliśmy w podróż własnym pociągiem, złożonym z 5 ogromnych pullmanów w towarzystwie osiemdziesięciu kilku osób, w znacznej większości Europejczyków. Pierwszym etapem była Filadelfia, kolebka potężnej dziś republiki Stanów Zjednoczonych, przechowująca z największym pietyzmem

wszystko, odnoszące się do tej wielkiej dla nich epoki roku 1776, ogłoszenia niepodległości Stanów. Uniwersytet, noszący nazwę University of Pensylvania, najstarszy w Stanach (r. 1740) i cieszący się zasłużoną sławą, przedstawia typ wyższych uczelni amerykańskich. Składa się on z kilkudziesięciu budynków, mieszczących różne wydziały i zakłady uniwersyteckie, wśród nich także gmach klubu studenckiego i gmach gimnastyki. Do uniwersytetu należy wielki szpital z klinikami (University Hospital), sprawiający podobnie jak większość szpitali w Ameryce, wrażenie wyborne: sale i korytarze obszerne, wszędzie mnóstwo światła i powietrza. Uderzającą jest rzeczą obfitość kamienia, używanego tu w takich budowlach: sale operacyjne, pokoje sterylizacyjne, a często i korytarze w całości, a przynajmniej do wysokości wzrostu człowieka, są wyłożone popielatym marmurem, co wygląda ślicznie i przedstawia się imponująco, szczególnie dla oczu Polaka, przywykłych do widoku biednych ścian naszych skromniutkich klinik i szpitali. W szpitalu tym klinikę chirurgiczną prowadzi Deavour, mający sławę dobrego i szybkiego operatora. Widziałem 3 przezeń robione operacye (cholecystektomia i dwie appendektomie) i opinię tę potwierdzić mogę w zupełności. Do usypiania używa on, podobnie jak i wszyscy chirurdzy amerykańscy, których widziałem, wyłącznie eteru. Chloroformu nie widziałem w użyciu nigdzie, niewiele też znieczulania miejscowego; to ostatnie poniekąd tem objaśnić należy, że widywałem tylko zabiegi większe, głównie w wielkich jamach ustroju (brzusznej, piersiowej, czaszkowej), gdzie uśpienie ogólne zwykle bywa konieczne. Uśpienie wykonują, podobnie jak w Anglii, specyaliści (anaesthetists), częstokroć kobiety. Przyrządów szczególnych w tym celu wogóle nie używają, z wyjątkiem przypadków narkozy wewnątrz-tchawiczej; najczęściej jako maska służy bardzo grubo złożony kawał gazy lub płótna, zwinięty w kształcie lejka, którym przykrywają całą twarz chorego, posmarowaną uprzednio waseliną. Niektórzy nadto jeszcze pokrywają oczy kawałkiem cienkiej materyi jedwabnej. Jako kroplomierz służy najczęściej blaszanka, mieszcząca $^1/_4$ funta eteru, w tej postaci, jak ją przysyłają z fabryki; przykrycie blaszane, zamykające jako korek otwór szyjki, narkotyzer, przystępując do usypiania, przekłuwa w 2 miejscach agrafką, która tam pozostaje i wybornie pozwala lać eter kroplami w dowolnem tempie. Klinika ta, podobnie jak każdy większy szpital w Ameryce, jest jednocześnie szkołą dla pielęgniarek (nurse), instytucyą nadzwyczaj ważną o kursie 3 letnim i utrzymywaną na pewnym poziomie nauki.

Drugą stacyą w podróży naszej było Baltimore, szczycące się swą wyższą uczelnią Johns Hopkins University, przeznaczoną właściwie na dalsze studya naukowe ludzi, którzy już odbyli nauki wyższe. Wydział lekarski, cieszący się opinią jednego z lepszych w Stanach, mieści się w całości w licznych budynkach Johns Hopkins Hospital, gdzie też pracowicie spędziliśmy cały dzień od godz. 9. rano do 5. popołudniu, oglądając i wysłuchując wszystkie kolejno punkty wyznaczonego programu. W wielkiej sali operacyjnej przesunął się przed naszemi oczyma szereg chirurgów operujących swych chorych; a więc: Kelly operował włókniaki macicy, trudny przypadek, w którym po rozkawałkowaniu nowotworów usunął macicę nadpochwowo Operacya trwała 50 minut; podnieść należy dokładność w wyodrębnieniu pola operacyjnego od jamy brzusznej. W drugim przypadku przedstawiał na chorej swój sposób bezpośredniego cewnikowania moczowodu przez wprowadzony uretroskop — sposób, rzeczywiście nader prosty i w jego rękach łatwy.

Finney wykonał z powodu bliznowatego zwężenia odźwiernika pomyślaną ładnie operacyę pyloroplastyki w połączeniu z gastro-duodenostomią.

Baer w przypadku zupełnego zesztywnienia stawu biodrowego zrobił artroplastykę, w której po uruchomieniu główki kości biodrowej i po odpowiedniem pogłębieniu panewki włożył pomiędzy jedną a drugą płatek cieniutkiej tkaniny jedwabnej, którą otoczył całą główkę, pozostawiając ją tam na stałe. Zabezpiecza to od zrostu obie stykające się powierzchnie kostne; kiedy zaś po kilku tygodniach wprowadzona tkanina zaczyna się rozpuszczać, rozpoczyna on wykonywać ruchy bierne w stawie.

Follis wykonał herniotomię pachwinową, przyczem dla wzmocnienia ściany brzusznej zastosował plastykę płatu wolnego z powięzi szerokiej (fascia lata).

Young pokazał bardzo ładną operacyę prostatektomii kroczowej, według swego sposobu, w której po dojściu do cewki cięciem na kroczu otwiera ją, rozszerza wziernikiem część błoniastą i sterczową cewki, poczem wprowadzonym do wnętrza pęcherza palcem wyłuszcza à la Freyer powiększony gruczoł krokowy. Po operacyi zakłada do pęcherza gruby dren przez otwór w cewce; dren ten usuwa po dwóch dniach, wprowadza cewnik na stałe, otwór zaś w cewce zeszywa doszczętnie. Oprócz tego przedstawił chorych, u których wyciął z powodu nowotworu gruczoł krokowy wraz z tylnym odcinkiem cewki i częścią trójkąta Lieutauda, przecięte zaś brzegi pęcherza i cewki zeszył end-to-end.

Bloodgood operował przypadek raka języka z usunięciem gruczołów na szyi, zastosowawszy uśpienie eterowe wewnątrz-tchawicze, którego znakomite zalety w takich przypadkach można było ocenić.

Po spożyciu obfitego a dobrze zasłużonego śniadania przeszliśmy do innych gmachów, gdzie wysłuchaliśmy szeregu ciekawych wykładów i demonstracyi teoretycznych.

Cullen mówił o rozwoju zarodkowym okolicy pępkowej, Brodel o anatomii artystycznej, Howell o przyczynie krzepnienia krwi, Marschall o nowej metodzie określania mocznika. Nadzwyczaj ciekawy był wykład z demonstracyą na psie o »sztucznej nerce« Abela i Rowntree. Abel na podstawie nadzwyczaj dokładnych badań nad sprawami fizycznemi i chemicznemi, zachodzącemi w czynności nerek, zbudował przyrząd, »artificial kidney«, który jest w stanie pełnić czynności usuniętej nerki. Składa się on z kilkunastu rurek, ułożonych obok siebie i wypełnionych różnemi cieczami, będącemi pod różnem ciśnieniem; krew tętnicy nerkowej, przechodząc przez te płyny, wydziela z siebie wszystkie części składowe, zawarte w moczu, wytwarzając w ten sposób »sztuczny mocz«. Doświadczenie na wielkim psie z tą sztuczną nerką wypadło rzeczywiście wybornie. Prof. Abel robi nadzieję, że przyrząd taki odegra rolę kiedyś i w chirurgii; qui vivra...

Po tak pracowicie spędzonym w Baltimore dniu należał się słusznie wypoczynek, to też następny dzień w Washingtonie poświęciliśmy wyłącznie rozkoszom turystycznym, tembardziej, że była to niedziela, kiedy praca nawet w szpitalach sprowadza się do minimum. Podziwiać należy rozum Amerykanów, którzy, robiąc Washington stolicą wielkiego swego państwa, słusznie dążyli do nadania mu innego charakteru, niż posiadają owe olbrzymie ośrodki przemysłu i handlu, jak New-York, Chicago, Filadelfia, ogłuszające swem życiem i ruchliwością. To też rozkoszny wypoczynek stanowił pobyt w tem mieście spokojnem, tonącem w zieleni ogrodów i skwerów, usianych pomnikami zasłużonych w historyi Stanów ludzi, wśród których z radością wita się śliczne pomniki Kościuszki i Pułaskiego. A ponad wszystkiem góruje wspaniały gmach Kapitolu z jego przepiękną obok biblioteką. Po 20 godzinach jazdy koleją znaleźliśmy się w Chicago, tem drugiem, po N. Yorku, piekle przemysłowem, pełnem o każdej porze dnia i nocy przebiegających ponad ziemią i popod ziemią pociągów kolei elektrycznych i szalonego ruchu ulicznego na ziemi. Tu czekała nas znów praca w postaci obfitego menu chirurgicznego.

Już o 8. rano byłem w Mercy Hospital, gdzie po obejrzeniu klinik chirurgicznych Murphyego i Andrewsa rozpoczęto operacye. Andrews wykonał 2 operacye doszczętne przepuklin: pachwinowej i udowej, używając przy-

tem plastyki wolnej z powięzi szerokiej i z pochwy mięśnia prostego. Murphy przedstawił duży zastęp chorych po operacyach kostnych: liczne artroplastyki stawów żuchwowego, łokciowego, kolanowego i biodrowego, ilustrowane znakomitymi radyogramami z okresów przedoperacyjnych i pooperacyjnych. Do wysłania nowoutworzonego stawu używa on mięśni i powięzi, lub podobnie, jak powyżej wspomniany Baer w Baltimore, cieniutkiej tkaniny. Piękne wyniki przedstawił po autoplastyce kości: zastąpienie połowy lub nawet $^2/_3$ kości ramiennej przez odpowiedni odcinek kości strzałkowej. Różne okresy przebiegu gojenia się po tych operacyach wykazują radyogramy, na których widać, jak wszczepiona kość stopniowo przystosowuje się do nowego otoczenia i przybiera nawet odpowiedni kształt. Wreszcie wykonał operacyę w celu poprawienia zastarzałego i źle zrosłego złamania szyjki udowej. Zabieg ten robi on dwuczasowo: naprzód robi osteotomię szyjki i nadaje prawidłowe ustawienie złamanej kości, zbijając ją gwoździami, dopiero zaś po mocnem zrośnięciu wykonywa plastykę stawu.

Presbyterian Hospital, wielki gmach dawniejszego pochodzenia, lecz wspaniale zachowany i utrzymany, mieści kliniki Bevana i Levisa. W wielkiej sali wykładowej na ścianach szereg napisów i sentencyi filozoficznych lub bogobojnych, wypisanych przez różnych ofiarodawców i dobrodziejów szpitala. Ponad niemi góruje pośrodku: ὁ ἰατρὸς φιλόσοφος ἰσόθεος, wspaniała sentencya z czasów starożytnych, brzmiąca nieco ironicznie w czasach dzisiejszych...

Bevan przedstawił szereg chorych po różnych zabiegach operacyjnych i pokazał swój sposób leczenia tętniaków aorty elektrolizą, nadto wykonał ładnie i gładko operacyę wyjęcia kamieni nerkowych cięciem miedniczki (pyelotomia posterior), którą po przepłukaniu zeszył zupełnie.

W Augustina Hospital klinika i operacye Ochsnera stanowiły pewien minus pod względem aseptyki i techniki operacyjnej w zestawieniu z widzianemi dotychczas. Operuje on bez rękawiczek, bez przykrycia głowy i twarzy. Wykonał przy mnie operacyę przepukliny pachwinowej obustronnej i przepukliny pępkowej sposobem Mayo — u jednego chorego, u innego zaś dotkniętego obrzękiem śluzowatym (basedowoid-myxoedema) zrobił podwiązanie dwu żył tarczowych(?).

Uniwersytet chicagoski, największy z amerykańskich, stanowi jakby oddzielną dzielnicę, złożoną z kilkudziesięciu (około 50) budynków. Zachwyt i zazdrość bierze na widok tych gmachów, wspaniałych na zewnątrz, nadzwyczajnie celowo i wygodnie urządzonych wewnątrz, gdzie wszystko skierowane jest ku temu, aby uczącemu się dać możność nabywania wiedzy nietylko jaknajlepszej, lecz i w warunkach jaknajprzyjemniejszych. W porównaniu z przepięknemi »colleges« uniwersytetów angielskich w Oxfordzie i Cambridge, które zwiedzałem w roku zeszłym, warunki nauki w uniwersytetach amerykańskich mają tę ogromną zaletę, że są dostępne dla wszystkich, nauka bowiem wszędzie jest bezpłatna, opłaty zaś za utrzymanie i inne dodatki są minimalne. Na opłacenie tych kosztów daje dostateczne środki państwo, najczęściej zaś każdy uniwersytet ma swoje wielkie fundusze, legowane przez hojnych ofiarodawców (Harvard, Hopkins, Mac Gill, Rockefeller, Newberry i wielu innych). Szczęśliwe społeczeństwo, mające takich obywateli i szczęśliwa młodzież, w takich kształcąca się warunkach!

12 godzin jazdy ekspresem z nad brzegu jeziora Michigan na zachód — i stajemy u kresu zachodniego naszej podróży, w Rochester w stanie Minnesota, będącym jednocześnie »clou« naszej wycieczki chirurgicznej. Małe miasteczko (10.000 mieszkańców), leżące na uboczu od wielkich centrów przemysłu i zdala od wielkich dróg handlowych, łączących Atlantyk z Pacyfikiem, istnieje przez i dla dwu ludzi, braci Mayo, chirurgów, którzy działalnością swoją zrobili zeń Mekkę dla chirurgów amerykańskich, a nawet i dla tych ze starego świata. W klinice Mayo spotkać można przedstawicieli wszelkich narodowości, zarówno wśród odwiedzających ją lekarzy, jak i operowanych chorych. A zajrzeć tu, a nawet i posiedzieć warto jest naprawdę. Wobec bardzo głośnych »wielkości« tego świata zjawia się mimowoli w umyśle pewien sceptycyzm i podejrzenie, czy rozmiary tej wielkości nie są w pewnym stopniu wynikiem hucznej reklamy, jak to widywaliśmy niejednokrotnie w Europie. Po zetknięciu się bliższem z braćmi Mayo i poznaniu ich działalności chirurgicznej podejrzenia te rozwiewają się. Są to chirurgowie naprawdę wielkiej miary, a zasłużoną swą sławę zawdzięczają nietylko samemu »operowaniu«, t. j. technice operacyjnej, która u nich jest bez zarzutu, ale też nadzwyczaj umiejętnemu postawieniu całej sprawy »leczenia chirurgicznego«. Zabieg operacyjny powinien być ostatecznym wynikiem wszechstronnego zbadania chorego, zbadania, z którego wynika, że jest to bezwzględnie najlepsza droga, wiodąca do przywrócenia zdrowia, przytem droga, przedstawiająca w danych warunkach możliwie najlepsze szanse powodzenia. Z tego punktu widzenia wychodząc, zbudowali Mayo, obok wielkiego szpitala St. Mary, znajdującego się w posiadaniu i pod kierunkiem Sióstr zakonu św. Franciszka i będącego wyłącznym terenem działalności operacyjnej, nowy gmach 4-piętrowy, »Mayo Klinik«, przeznaczony na dyagnostykę i badania naukowe. Każdy chory przejść musi przez ten gmach, gdzie podlega kolejnemu badaniu kilkunastu lekarzy specyalistów, a więc kilku internistów, laryngologa, okulisty, dermatologa, hematologa, chemików, patologa i rentgenologa i innych jeszcze, o ile zachodzi potrzeba, i potem dopiero, opisany rzeczywiście od stóp do głów, zjawia się z całym tomem swej historyi choroby dla usłyszenia ostatecznej decyzyi leczniczej od jednego z chirurgów. W takich warunkach znikają różne »niespodzianki« operacyjne i szanse wyników prawie matematycznie z góry określić się dają.

Te są w paru słowach podstawy realne sławy braci Mayo, a więc nadzwyczajna pracowitość i dokładność tej pracy w połączeniu z zaletami osobistemi, jako operatorów i jako lekarzy. Operacye, przez nich robione, przedstawiają dla mnie, jako całość, ideał roboty chirurgicznej. Niema w nich nic błyskotliwości i efektownego pośpiechu, lecz jest to, co cenię najwyżej w operatorze, — niesłychany spokoj i ta zupełna pewność siebie w dążeniu do zamierzonego celu. Niema tu żadnych »niespodzianek«, ani żadnych deliberacyi podczas roboty; cisza zupełna, wśród której słychać tylko miarowe chrapanie eteryzowanego chorego, której prawie że nie przerywają nawet wyrazy, skierowane do asysty, ta bowiem tak jest wprawna, że wie zawsze, co czynić i jakie w danej chwili podać narzędzie. Gdyby tak można było cudownym sposobem przenieść na chwilę w sąsiedztwo niejedną salę naszych oddziałów chirurgicznych warszawskich wraz z jej krzykliwą atmosferą podczas operacyi...; mogłoby to być nawet z korzyścią.

O rozmiarach działalności braci Mayo daje najlepsze pojęcie ostatnie sprawozdanie za rok 1913 ze szpitala St. Mary, z którego przytoczę kilka liczb.

Ogólna liczba wykonanych operacyi	10.166
Ogólna liczba operowanych chorych	8.478
Ogólna odsetka śmiertelności	1·5
Operacyi brzusznych wykonano	4.764
(w tem wycięcia wyrostka robaczkowego	2.002)
Odsetka śmiertelności po operacyach brzusznych	2·3

Oprócz obu dyrektorów i ich czterech starszych pomocników, z których każdy operuje samodzielnie i ma swoją salę operacyjną, szpital i klinika braci Mayo zatrudnia przeszło 60 lekarzy, obok zastępu wyćwiczonych sióstr i »nurses«, które mają tu swoją szkołę o trzyletnim kursie.

Dwudniowy pobyt nasz w Rochester spędzony był pracowicie w szpitalu i klinice, gdzie przebywaliśmy od rana do 5. popołudniu. Godziny poranne od 8—12$^1/_2$ wypełniały operacye, których liczba dzienna wynosiła 36 a więc przez 2 dni mieliśmy możność widzenia siedemdzie-

sięciu dwóch operacyi. Odbywają się one jednocześnie w 6 salach operacyjnych, mieszczących się na jednym korytarzu, przechodzenie więc z jednej do drugiej jest bardzo łatwe. Operują: Ch. Mayo, W. Mayo, Balfour, Judd, Beckman, Henderson i Fisher. Rzecz prosta, fizycznem niepodobieństwem jest zobaczenie 72 operacyi w całości. Wybiera się więc do obejrzenia te, które więcej interesują w wykonaniu danego operatora, blizkość zaś sal operacyjnych pozwala na przyjrzenie się różnym momentom i szczegółom postępowania chirurgicznego w rozmaitych zabiegach. Można więc, naprzykład, w jednej sali zobaczyć wycięcie odźwiernika w całości, w drugiej szew w gastroenterostomii, w trzeciej drenowanie przewodu żółciowego, w czwartej wycięcie wyrostka robaczkowego, w piątej przecięcie miedniczki nerkowej i t. d., nie poświęcając na to czasu więcej nad godzinę.

Niepodobna wyliczać tu nawet w części różnych sposobów i szczegółów operacyjnych, stosowanych przez obu Mayo i ich uczniów. Niektóre są bardzo ciekawie i oryginalnie pomyślane. Wszystkie one, podobnie jak i wyniki badań, dokonywanych w licznych pracowniach kliniki Mayo, znajdują wyraz w wydawnictwach tej kliniki, liczących po kilkadziesiąt prac rocznie. Dla przykładu przytaczam program operacyjny jednego dnia, albowiem drugi dzień składał się z równej liczby operacyi, również przeważnie z dziedziny chirurgii jamy brzusznej.

I sala. Ulcus duodeni.
Struma exophtalmica — thyreoidectomia.
Struma exophtalmica — ligat. vasorum.
Hysterectomia abdominalis.
Cholecystitis calculosa.
Prolapsus uteri.

II. sala. Carcinoma ventriculi.
Strictura pylori.
Cholecystitis.
Hydronephrosis intermittens.
Carcinoma recti.

III sala. Adenoma gl. thyreoideae.
Neoplasma cyst. felleae.
Ulcus perforat. ventriculi.
Hysterectomia vaginalis.
Laparotomia explorativa.
Varices haemorrhoidales.

IV sala. Struma exophtalmica-thyreoidectomia.
Transplantatio ossis w spondylitis tbc (operatio Albee).
Appendectomia.
Calculosis vesicae felleae.
Cystoma ovarii.
Carcinoma labii infer.
Tonsillitis et adenoides.

V sala. Ulcus ventriculi.
Cholecystitis.
Carcinoma recto-sigmoideum.
Lymphaden. tbc colli.
Exploratio pancreatis et duct. hepatic.
Varicocele.

VI sala. Amputatio pedis dex.
Keloid dorsi penis.
Hallux valgus duplex.
Polypus cervicalis.
Caries calcanei.
Tonsillitis et adenoides.

Poza tem w godzinach popołudniowych, po śniadaniu, odbywały się pokazy anatomiczne, mikroskopowe, bakteryologiczne i chemiczne w szeregu pracowni kliniki, jak również parogodzinna demonstracya na ekranie wspaniałych zbiorów klisz radyograficznych, zwykłych i kolorowych.

Po tych dwóch dniach pracowitego pobytu w Rochester, urozmaiconego nadto gościnnemi przyjęciami w rezydencyach obu »królików« tego miasta, wyruszyliśmy z powrotem na wschód, dążąc przez Chicago na wypoczynek do wodospadów Niagary, dokąd przybyliśmy po spędzeniu 30 i kilku godzin w wagonie.

Nasyciwszy oczy i ducha przepięknymi obrazami przyrody, podążyliśmy dalej na północny wschód i po 12 godzinach jazdy stanęliśmy w stolicy Kanady — w Montréal. Wobec niedzieli nasze wrażenia chirurgiczne ograniczyły się do obejrzenia kliniki chirurgicznej Prof. Armstronga w Victoria Hospital i wielkich oddziałów chirurgicznych Hutchinsona i Eldera w szpitalu ogólnym. Istniejący w Montréal uniwersytet (Mac Gill University) nie zajmuje wybitniejszego stanowiska, posiada jednak szereg zakładów naukowych, pięknie się przedstawiających.

Wreszcie jeszcze jedna noc w wagonie i przybywamy do ostatniego etapu naszego objazdu, do Bostonu, tego Paryża Stanów Zjednoczonych, gdzie znów czekała nas dwudniowa dość ciężka praca. Cały szereg szpitali wystąpił z menu operacyjnem à la Mayo, odległość jednak dzieląca je zmuszała do ograniczenia się do zobaczenia kilku tylko klinik i operujących w nich chirurgów.

Największy Massachusetts General Hospital liczy osiem oddziałów chirurgicznych, których kierownicy w kilku pięknie urządzonych salach operacyjnych przesunęli przed nami szereg operacyi. A więc: Mixter: myomectomia uteri, Poster: thyreoidectomia, Scudder: ulcus duodeni — gastroenterostomia, Cabot: nephrolithiasis — pyelotomia i calculus vesicae — sectio alta, Brackett: plastyka kości w spondylitis tbc (modo Albee), Balch: prostatectomia transvesicalis, Brackett: artroplastyka stawu biodrowego, Brewster: salpingectomia, Davis: sutura patellae. Nadto przedstawiono kilkunastu chorych już operowanych lub przeznaczone do operacyi przypadki rzadsze.

W szpitalu tym istnieje sala wykładowa, w której w roku 1846 po raz pierwszy na świecie wykonano operacyę w uśpieniu eterowem. Usypiał chorego wynalazca tej metody, Morton, operacyę wykonał Warren. Stół operacyjny wraz ze wszystkiemi używanemi wówczas narzędziami przechowują z pietyzmem w tej sali.

Całe przedpołudnie następnego dnia spędziłem w Peter Bent Brigham Hospital, mieszczącym oddział Cushinga, który na dzień ten zapowiedział dwie operacye bardzo ciekawe: swoją metodę operowania przysadki mózgowej (transsphenoidal pituitary operation) i wycięcie zwoju Gassera. Pierwszą z nich wykonał z powodu nowotworu przysadki w uśpieniu eterowem wewnątrztchawicznem, rzeczywiście ślicznie. Polega ona na tem, że po zrobieniu cięcia poprzecznego na błonie śluzowej górnego załamka górnej wargi, rozszerza ranę w kierunku strzałkowym i przez tę ranę wprowadza skrobaczkę, którą oddziela po obu stronach przegrody nosowej błonę śluzową wraz z okostną od kości, idąc coraz dalej w górę na lemiesz, aż do przedniej powierzchni zatoki klinowej. Obnażywszy przegrodę nosa, wycina ją odpowiedniemi cążkami na całej przestrzeni jak najdokładniej aż do podstawy zatoki klinowej (sinus sphenoidalis), nie uszkadzając nigdzie odsuniętej błony śluzowej. Wtedy wchodzi do jamy zatoki klinowej i odpowiedniego kształtu trepanikiem przewierca jej sklepienie, wchodząc w ten sposób już do jamy czaszkowej, do zagłębienia jamki siodła tureckiego, siedziby przysadki mózgowej. Według tej metody daje się uniknąć zupełnie komunikacyi z błoną śluzową nosa czy stropu gardła, co jest zwykłem źródłem zakażeń i złych wyników operacyi przysadki. Ale sam zabieg jest naprawdę bardzo trudny i daje dostęp nadzwyczajnie wązki do podstawy mózgu.

Cushing jest jednocześnie profesorem chirurgii operacyjnej w uniwersytecie bostońskim. Warto widzieć jego salę ćwiczeń ze studentami, którzy muszą podczas studyów, oprócz operacyi na zwłokach ludzkich, przerobić szereg zabiegów na psach żywych. Widziałem, jak pilnie pracowali — jeden, robiąc gastroenterostomię, drugi, wycinając pętlę jelita w warunkach, odpowiadających mniejwięcej operacyom klinicznym u ludzi.

Uniwersytet bostoński (Harvard University) współzawodniczy o pierwszeństwo z uniwersytetami w Filadelfii i Nowym-Yorku i pod niektórymi względami prym trzyma. Obecnie przybył szereg nowych gmachów wydziału lekarskiego, jak fizyologia, patologia i chirurgia doświadczalna, wspaniałe pod każdym względem i tworzące piękny kompleks budynków w stylu klasycznym. Szczęśliwy kraj, co ma tyle środków na naukę!

Wycieczka nasza dobiegła końca. Następnego dnia powróciliśmy do Nowego-Yorku, stąd część uczestników odpłynęła zaraz do Europy, ja zaś pozostałem jeszcze 6 dni w tem mieście, pragnąc zobaczyć niektóre rzeczy w szpitalach, a przedewszystkiem poznać dokładnie instytut me-

dycyny doświadczalnej fundacyi Rockefellera, w pierwszym zaś rzędzie pracownię chirurgii doświadczalnej i jej głośnego kierownika Carrela. »The Rockefeller Institute for medical research« brzmi urzędowy tytuł tej wspaniałej instytucyi, jedynej w swoim rodzaju na świecie, która powstała dzięki ofiarności obywatelskiej bogatego człowieka i w ciągu lat dziesięciu zajęła pierwszorzędne stanowisko w świecie naukowym. Składa się ona z 2 gmachów: 5-piętrowego, mieszczącego w sobie wszystkie pracownie, i leżącego w pobliżu 6-piętrowego, stanowiącego szpital. Jest to nadzwyczajnie mądre połączenie tych dwóch zakładów, nie istniejące nigdzie; daje ono rzeczywiście możność rozwiązywania praktycznego nowych pomysłów i wynalazków w dziedzinie lecznictwa. Szpital, liczący 70 łóżek, przeznaczony jest dla chorych, dotkniętych tylko takiemi chorobami, które w danym czasie są przedmiotem badań w instytucie. — Dyrektor szpitala od czasu do czasu zawiadamia inne szpitale i lekarzy praktykujących o rozpoczęciu badań nad tą lub inną chorobą, prosząc o przysłanie do szpitala Rockefellera dotkniętych nią chorych. I chorzy ci napływają, dając tem dobre świadectwo sobie, a przedewszystkiem kulturze przysyłających ich lekarzy, i są leczeni zupełnie bezpłatnie, znajdując wprost idealne warunki pobytu w szpitalu. W chwili obecnej mieszczą się tam chorzy, dotknięci porażeniem dziecięcem (poliomyelitis anter. acuta), zapaleniem płuc ostrem, pewnemi postaciami przymiotu, chorób serca i zaburzeń w przemianie materyi. W oddziale izolacyjnym znajdują się chorzy na płonicę.

Gmach pierwszy mieści w sobie wszystkie pracownie, będące pod kierunkiem »członków« instytutu, do których oprócz nich należy i dyrektor szpitala, Dr R. Cole.

Pracownie te są następujące: 1. Patologia i bakteryologia — kierownik S. Flexner, będący jednocześnie dyrektorem całego instytutu. 2. Chirurgia doświadczalna — A. Carrel. 3. Chemia — T. Levene. 4. Biologia doświadczalna — J. Loeb. 5. Fizyologia i farmakologia — S. Meltzer. Oprócz kierowników są t. zw. »associate members«, prowadzący pewne działy w pracowniach (do nich należy n. p. głośny dziś Japończyk Noguchi) i ogromny zastęp »assistants«.

W pracowni Noguchiego widziałem wyniki najnowszych jego badań: czyste hodowle krętka kiłowego (spirochaete syphilitica), krętka, odmiennego według niego od odkrytych przez Schaudinna i drobnoustroje, rodzaj pierwotniaków, wyhodowanych z ciałek czerwonych krwi murzynów w Afryce i będących przyczyną »śpiączki«, choroby śmiertelnej. Kilka dni spędziłem w pracowni chirurgii doświadczalnej Carrela, przyglądając się jego świetnym doświadczeniom z przeszczepianiem narządów i jego sposobom hodowli tkanek. I jedne i drugie są bardzo proste w istocie rzeczy i odznaczają się przedewszystkiem niesłychaną precyzyą i czystością roboty. Jako eksperymentator-technik jest on niezrównany. Widziałem kilka operacyi przeszczepienia wielkich tętnic, operacyę na sercu, rozcinanie zastawek tętnicy płucnej — wszędzie uderza jego »zegarmistrzowska« technika, nadzwyczajny spokój i szybka robota, jednak bez spieszenia się, pomimo, że tu czas trwania zabiegu, jak n. p. w szyciu tętnicy płucnej po zaciśnięciu obu wielkich naczyń serca, liczy się już nie na minuty, lecz na sekundy. Szyje wszystko cieniutkiem jedwabiem i maleńkiemi prostemi igłami i używa podczas operacyi dużo waseliny wyjałowionej, którą polewa obficie operowane tkanki, a przedewszystkiem naczynia, chroniąc je w ten sposób od wysychania. To ostatnie, zdaniem jego, przedewszystkiem stoi na przeszkodzie doraźnemu zlepianiu się i zrastaniu tkanek po operacyach. Rzecz charakterystyczna — cały personal pomocniczy w pracowni stanowią kobiety, poczynając od żony szefa, pani Carrel, która jako pierwszy asystent pomaga mu przy operacyach i sama wiele ich wykonywa.

Wreszcie słów kilka o szpitalach nowojorskich. Jest ich w Nowym Yorku (wraz z Brooklynem) 112. Przeważnie są to ogromne gmachy, obliczone na setki, albo i tysiące chorych. Urządzenia naogół wszędzie bardzo dobre. Wszędzi dużo przestrzeni, powietrza i światła. Obfitość dozorczyń i służby, podobnie jak w szpitalach w Anglii, i tu uderza, i to służby inteligentnej, wyćwiczonej, a przedewszystkiem czystej i przyzwoicie płatnej. Służący pobiera tu 12—15 dolarów tygodniowo, to jest do 60 dolarów, t. j. około 120 rubli miesięcznie, a więc płacę, o jakiej dla siebie w najśmielszych swych marzeniach śnić tylko może lekarz naczelny szpitala warszawskiego!

Urządzenia operacyjne również bardzo dobre, niekiedy wzorowe. Uderza jednak różnica w porównaniu n. p. z klinikami niemieckiemi, polegająca na braku owej przesadnej pedanteryi w »aseptyczności« sali operacyjnej. Tu najpiękniejsza sala operacyjna, wyłożona w całości marmurem, posiada szereg umywalni, w których myje się cały sztab operacyjny i długą szafę szklaną z narzędziami, a niekiedy i z opatrunkami. Zato aseptyka pola operacyjnego i jego otoczenia jest nadzwyczajna; wielokrotnie podczas operacyi zmienia się cała bielizna, otaczająca ranę i pokrywająca chorego, bez spowodowania jednak przerwy w operacyi. Do szycia i podwiązywania używają przeważnie katgutu, rozmaicie przyrządzonego, na co prawie każda klinika ma swoje przepisy.

Ze szpitali nowojorskich zwiedziłem New-York Hospital, mieszczący kliniki chirurgiczne Gibsona i Johnsona, Roosevelt Hospital, gdzie operują Brewer, Russel i Peck, i szpital żydowski Mount Sinai Hospital (chirurdzy Lilienthal i Elsberg). Elsberg, oprócz kilku wykonanych operacyi, pokazywał używany u nich sposób usypiania eterem przez rurkę, wprowadzoną poprzez gardło i głośnię do tchawicy (intratracheal anaesthesia). Główna rzecz polega tu na zręcznem wprowadzeniu rurki do krtani, do czego służy odpowiedni przyrząd z lampką, poczem końce rurki łączy się z aparatem, wytwarzającym mieszaninę eteru i powietrza. Tego rodzaju uśpienie jest znakomite w przypadkach operacyi na twarzy, w nosie, w jamie ust i gardle.

Po trzytygodniowym z górą pobycie w Ameryce trzeba było wracać do domu, do roboty codziennej. Opuszczałem Stany Zjednoczone nie bez żalu, z uczuciem szczerego uznania i wdzięczności dla tego młodego i silnego społeczeństwa za to wszystko, co dało mi możność zobaczyć w ciągu krótkiego pobytu. Jest to zapewne drobna cząstka tego, co jest do widzenia i co widzieć warto, lecz i to wystarcza do wyrobienia sobie wysokiego wyobrażenia o wartości wytwórczej tego społeczeństwa. Jest ono bardzo ciekawe i bardzo odmienne od naszych społeczeństw starego świata; przedewszystkiem zaś prawem kontrastu przedstawia obraz bardzo pouczający dla nas, Polaków. Dla członków naszego społeczeństwa »urodzonych w niewoli, okutych w powiciu«, społeczeństwa bez szerszej inicyatywy, z małą samodzielnością i bardzo wyjałowionego, widok tego kraju, kipiącego energią i wytwórczością, stanowi jakby objawienie. Co uderza przedewszystkiem, jako objaw pierwszorzędny i stały — to szacunek dla pracy człowieka. Poczynając od najprostszego robotnika portowego, któremu nie wolno jest zapłacić mniej niż $1^1/_2$ dolara (rb. 3) dziennie, a kończąc na luminarzach nauki czy przemysłu, każdy rozumie dobrze, że praca jego musi dać rezultaty, że musi w społeczeństwie znaleść ocenę, zarówno idealną, jak materyalną. Stąd wynika wiara w swe siły i nadzwyczajna wytrwałość w dążeniu do celu; stąd wynika to, że pomimo niesłychanej i najbezwzględniejszej konkurencyi, jednostka wybitniejsza wysuwa się naprzód i zaraz gromadzi naokoło siebie inne jednostki do współpracy i wzajemnego współdziałania. W zakresie nauki młode to społeczeństwo, liczące zaledwie jeden wiek istnienia, trzymało się skromnie gdzieś na szarym końcu wobec społeczeństw starego świata. Utrwaliwszy jednak swą potęgę państwową i pieniężną i poczuwszy się na siłach, zabiera się do pracy w kierunku naukowym. Zjawiają się ogromne środki pieniężne, ofiarowane przez kochających swój kraj

obywateli, powstają szeregi uniwersytetów i zakładów naukowych — i wkrótce o uczonych z Ameryki zaczynają mówić w Europie.

Najlepszy przykład przedstawia nasza medycyna: dziś szpitali, klinik i pracowni takich, jakie pobudowali oni, zazdrościć muszą już nietylko tacy biedacy, jak my, lecz i zachodnia Europa wraz ze swoją starą kulturą; dziś szereg nazwisk chirurgów i przyrodników amerykańskich świeci blaskiem pierwszorzędnym w naszej nauce. A jeżeli kto, to my Polacy wiele tu skorzystać możemy; raz dlatego, że wogóle wiele uczyć się potrzebujemy, powtóre z tego powodu, że naszą wiedzę chirurgiczną czerpiemy prawie wyłącznie od naszych sąsiadów zachodnich, że oczy nasze zwrócone są wyłącznie na Berlin, zahypnotyzowane jego wielkością naukową.

Poznanie więc nauki w Ameryce, podobnie jak we Francyi i w Anglii, i zetknięcie się z jej przedstawicielami, daje nam możność krytyki porównawczej naszych mistrzów niemieckich i sprowadza do odpowiedniego poziomu ich wielkości, z czego wiedza nasza tylko rzetelną korzyść odnieść może.

Szkoda tylko, że do Ameryki trochę daleko... Warto jednak zrobić sobie 6-tygodniowe wakacye, ażeby odetchnąć atmosferą gwiaździstego sztandaru i ku pokrzepieniu ducha odczytać napis, wykuty w żelazie olbrzymiej bramy uniwersytetu kolumbijskiego: »Ex litteris libertas — ipsa scientia potestas«.

II. Zjazd lekarzy prowincyonalnych Królestwa polskiego

w d. 31. maja i 1. czerwca 1914 w Lublinie.

Obraz prac II Zjazdu lekarzy Królestwa polskiego w Lublinie poda szczegółowe sprawozdanie, które ukaże się w dalszych zeszytach »Przeglądu lekarskiego« jako uzupełnienie wykładów, które w całości bądź już zostały w »Przeglądzie« ogłoszone, bądź wyjdą w najbliższym czasie. Tutaj zaś pozostaje nakreślić tylko ogólne ramy, w jakich Zjazd się odbywał i streścić wrażenia, jakie pozostawił.

Wieczorem w przeddzień Zjazdu, 30. maja, w imponującej ogromnej sali Towarzystwa lekarskiego lubelskiego w gmachu podominikańskim zebrali się uczestnicy Zjazdu i goście dla uczczenia czterdziestolecia Towarzystwa. Posiedzenie zagaił Dr Dobrucki jędrnem a gorącem słowem powitania, poczem wśród oklasków ogłoszono listę mianowanych przez Towarzystwo członków honorowych. Dr Aleksander Jaworowski, od lat 40 członek Towarzystwa, od lat 35 członek jego Zarządu i najgorliwszy pracownik, a zarazem bardzo zasłużony na polu działalności społecznej i kulturalnej, odczytał zarys historyi Towarzystwa, poczem Dr Arnsztajn miał wykład o ostrym zaniku wątroby. Przemówień lekarzy, przybyłych na Zjazd z różnych stron, musiano zaniechać z przyczyn zewnętrznych. Ale przy innej sposobności znalazło odpowiedni wyraz serdeczne uczestnictwo wszystkich naszych Towarzystw lekarskich i instytucyi w święcie Towarzystwa lubelskiego. Życzenia napłynęły ze wszech stron; nie brakło ich od obu naszych wszechnic, od Towarzystwa naukowego warszawskiego, od zrzeszeń lekarskich w Warszawie, Królestwie i za kordonami, od wszystkich polskich pism lekarskich.

Po posiedzeniu podejmowało Towarzystwo lekarskie lubelskie wszystkich uczestników posiedzenia ucztą w salach Resursy. Honorowe miejsce przy stole, przy którym zasiadło dwustu bezmała lekarzy, zajął sędziwy Dr Lasocki z Nałęczowa, po wypadkach z przed półwiecza sybirak, autor pamiętników, wysoko cenionych przez Bolesława Prusa, pracownik niestrudony, otoczony powszechną czcią i sympatyą. Na uczcie byli też obecni prezes Towarzystwa lekarskiego warszawskiego Dr Pawińskí, delegat Tow. naukowego warszawskiego Dr Jakowski, prezesi Towarzystw lekarskich prowincyonalnych, redaktorowie lub korespondenci pism lekarskich Dr A. Puławski (Gazeta lek.), Dr J. Jaworski (Zdrowie), Dr J. Zawadzki (Medycyna i Kronika lek.), Dr B. Sawicki (Przegląd chirur. i ginekol.), Dr W. Schoenaich (Przegląd pedyatr.), prof. Dr Ciechanowski (Przegląd lek.), prof. Dr Rencki (Tyg. lek.), prof. Dr Panek (Przegląd higien.).

Nazajutrz od wczesnego rana zwiedzano miejscowe szpitale i zakłady sanitarne, oraz pamiątki historyczne i zabytki artystyczne Lublina, którymi z wielu względów przypomina on Kraków, a które mają wśród lekarzy lubelskich zamiłowanego znawcę i gorliwego opiekuna w Dr Jaworowskim. On też jest duszą i głównym pracownikiem instytucyi, służącej badaniom dawnej kultury, mianowicie biblioteki publicznej im. H. Łopacińskiego. Doskonała pogoda sprzyjała wędrówce po zakątach »starego miasta«, strzeżonego do dziś przez bramę »grodzką« i »krakowską«, a ujętego w ramę niezwykle pięknego położenia.

W szpitalach lubelskich znaleźliśmy dowód, ile przy dobrej woli, wiedzy i energii można zdziałać w najtrudniejszych warunkach i jak można w starych nawet gmachach poklasztornych, doprowadzonych do wzorowej czystości i porządku, uzyskiwać doskonałe wyniki lecznicze nawet w zakresie wielkiej chirurgii. Ale nie brak Lublinowi (choć wogóle nie ma on łóżek szpitalnych do zbytku) i nowocześnie, postępowo zbudowanych szpitali; wśród nich na pierwszym planie stoi szpital dziecięcy fundacyi Vetterów. We względzie szpitalniczym i sanitarnym zawdzięcza Lublin wiele swemu dawniejszemu burmistrzowi, obecnie wiceburmistrzowi Warszawy, p. Zarembie. Należy też dodać, że od roku posiada Lublin »lecznicę związkową« dla średnio zamożnych, której nie powstydziłoby się żadne miasto stołeczne zachodniej Europy.

Punktualnie o 9. rano otwarty został Zjazd lekarzy prowincyonalnych krótkiem przemówieniem prezesa komitetu Dr Dobruckiego i wyborem prezesa honorowego Dr Lasockiego z Nałęczowa, prezesów czynnych: Dr Troczewskiego z Kutna, Sterlinga z Łodzi, Fidlera z Radomia i Szawelskiego z Siedlec, oraz wiceprezesów: Dr Brzezińskiego z Zawiercia, Certowicza z Włocławka, Jedlickiego z Kielc, Maleskiego z Grodziska, Putermana z Sosnowca, Sitkowskiego z Radzynia, Wardyńskiego z Ostrowca i Wiszniewskiego z Siedlec, poczem zaraz rozpoczęły się obrady nad głównym tematem: »Postępy w rozpoznawaniu i leczeniu spraw gorączkowych o pochodzeniu ukrytem«. Tematu tego referentami byli Dr Biegański (z powodu niezdrowia nie był na Zjeździe obecny, referat tylko odczytano), S. Sterling, Rozenfeld, Watten, Rogoziński i Czerwiński. Popołudniu wypełniły wykłady i obrady w zakresie społeczno-higienicznym. Drugi dzień Zjazdu zajęły wykłady, zgłoszone poza obrębem tematu głównego.

Wieczorem pierwszego dnia dała wspólna biesiada uczestnikom Zjazdu sposobność do wymiany myśli i poruszenia w szeregu przemówień niejednej sprawy ogólnej.

Czasopisma lekarskie polskie złożyły Zjazdowi poświęcone mu zeszyty; wśród nich bogactwem treści i ilustracyi odznacza się »Gazeta lekarska«, zgromadzeniem prac lekarzy prowincyonalnych »Medycyna i Kronika lekarska«. Miejscowe trzy dzienniki wydały okazałe numery, przeważnie wypełnione artykułami, pozostającymi ,ze Zjazdem w związku, oraz historyczno-lekarskimi. Mile uderzyć musi w głosach lubelskiej prasy codziennej wyraz wysokiego poważania i uznania, jakie sobie lekarze lubelscy swą pracą społeczną zdobyli w swem mieście.

Zjazd był nad wszelkie spodziewanie liczny, zgromadził bowiem niemal 300 osób, samych zaś lekarzy 230. Odliczając kilkunastu lekarzy warszawskich i innych gości, pozostaje zawsze przeszło 200 samych lekarzy prowincyonalnych Królestwa, to jest prawie czwarta część ogółu. Zważywszy, że położenie Lublina na kresach Królestwa nie jest dla takich Zjazdów zbyt korzystne i że lekarzy miejscowych jest w Lublinie trzy razy mniej, niż w Łodzi, uznać należy powodzenie Zjazdu co do udziału wprost za świetne, niętylko nie ustępujące I Zjazdowi, odbytemu przed trzema laty w Łodzi, ale bodaj że większe. Widocznie myśl inicyatora tych Zjazdów, Dr Sterlinga z Łodzi, była trafna, potrzeba Zjazdów istotna, a pożytek dla uczestników pierwszego Zjazdu niemały, skoro drugi Zjazd miał taką siłę przyciągającą.

Równie pomyślnie wypada obrachunek ogólny z dorobku Zjazdu i wrażenie z nastroju obrad. Tematy główne dobrze dobrane, o czem świadczyła ożywiona i rzeczowa dyskusya, opracowane zaś starannie przez referentów; przeszło czterdzieści zgłoszonych oprócz tego wykładów, wśród nich szereg rzeczy istotnie wartościowych; frekwencya posiedzeń do końca nader liczna; wytężona uwaga słuchaczy; wogóle tętno pracy zjazdowej niemniej silne i pełne, jak w Łodzi, tworzyły całość, pozwalającą Zjazdom lekarzy prowincyonalnych rokować jaknajlepszą przyszłość.

Naprawdę szczery zaś podziw obudzić mogła wzorowa or-

ganizacya Zjazdu, w której wszystko starannie przewidziano i przygotowano, a wykonanie w żadnym szczególe nie zawiodło. Szczupłe grono kolegów lubelskich nietylko umiało podołać pracy organizacyjnej, która była w proporcyi do naszych ogólnych Zjazdów niewątpliwie większa, ale, co szczególnie uderza, umiało przeprowadzić w ciszy niezmiernie sprawnie wszystkie prace przygotowawcze. Działalność komitetu gospodarczego pod sprężystem kierownictwem Dr S. Dobruckiego może wprost służyć za przykład dla wszelkich naszych zjazdów.

Okrasą Zjazdu była serdeczność i gościnność jego gospodarzy, o jakiej trudno dać pojęcie w opisie. Widno nie zagasło w Ziemi lubelskiej to ukochanie całej naszej ziemicy i wszystkich rodaków, z którego Wincenty Pol zaczerpnął tam najgorętsze swoje natchnienia.

Następny, trzeci z kolei Zjazd, zebrać się ma za trzy lata w Częstochowie. Korzystniej położona co do komunikacyi (dostępna łatwo i z Galicyi) Częstochowa zgromadzi zapewne jeszcze liczniejszy zastęp lekarzy prowincyonalnych, tworząc dalszy etap w rozwoju pożytecznej instytucyi, której promienie oby i w Galicyi wpływ swój wywarły. C.

V. Zjazd lekarzy i przyrodników czeskich

w Pradze 29. maja do 3. czerwca 1914.

Chociaż udział lekarzy polskich, jako gości na tegorocznym Zjeździe czeskim, nie mógł być z powodu ogólnych warunków ekonomicznych i równoczesnego Zjazdu w Lublinie tak liczny, jak w zjazdach poprzednich, niemniej Zjazd budził w Polsce żywe zajęcie, a towarzyszyły mu serdeczne nasze życzenia bogatych plonów na pożytek nauki i narodu czeskiego.

Zjazd poprzedziło otwarcie Wystawy zjazdowej w d. 29 maja o godz. 9 rano. Sam Zjazd w d. 30 maja po przemówieniach powitalnych, sprawozdaniu sekretarza generalnego i wyborze prezydyum otwarł wykład prof. Chodounskyego: »O przyczynach trwania i ustawania życia«. Na ogólnem posiedzeniu końcowem uchwalono rezolucye o założenie drugiego uniwersytetu czeskiego w Bernie, oraz czeskiej Akademii rolniczej i weterynarskiej; wykładał na niem prof. B. Kučera: »O atomizmie«.

Z Polaków, prócz prof. Wicherkiewicza, zgłosili na Zjazd wykłady prof. Łepkowski z Krakowa, Cieszyński ze Lwowa i Malsburg z Dublan.

II. Zjazd internistów polskich we Lwowie

w dniach 21. i 22. lipca 1914.

(Dalszy ciąg zgłoszonych wykładów).

35) Moczówka cukrowa a gruczoły wewnętrznego wydzielania na podstawie własnych spostrzeżeń. Kol. doc. Hornowski (Lwów). 36) O stosunkach serca do przepony i o ich znaczeniu klinicznem. Kol. Sabat (Lwów). 37) O rentgenoterapii w medycynie wewnętrznej. Kol. Sabat (Lwów). 38) Pokaz przeźroczy rentgenowskich. Kol. Sabat (Lwów). 39) O wpływie odmy opłucnej sztucznej na serce. Kol. Sabat i Szczepański (Lwów). 40) Interpositio coli hepato-diaphragmatica intermittens. Kol. Sabat i Szczepański (Lwów).

Z kliniki lekarskiej Uniwersytetu lwowskiego: 41) Badania kliniczne i doświadczalne nad krzepliwością krwi przy schorzeniach płuc i wątroby. Kol. Czubalski i Sabatowski. 42) O wartości praktycznej kolorymetru Autenrietha-Königsbergera dla celów klinicznych. Kol. Elektorowicz jun. 43) O zachowaniu się narządów o tak zwanem wewnętrznem wydzielaniu w okresie miesiączkowym. Kol. doc. Franke. 44) Doświadczalne badania nad wpływem sztucznej odmy piersiowej na krążenie i oddychanie. Kol. doc. Franke i Łaba. 45) O podłożu anatomicznem rysunku wnękowego płuca prawidłowego w obrazie rentgenologicznym (z pokazami). Kol. Pańczyszyn. 46) Wpływ leczniczy promieni Roentgena na twardziel (scleroma) dróg oddechowych (z pokazami). Kol. Pańczyszyn i Lehm. 47) O zależności kwaśności moczu od wegetatywnego układu nerwowego. Kol. Sochański. 48) Dalsze badania nad wydzielaniem kwasu szczawiowego z ustroju ludzkiego. Kol. Węgrzynowski. (C. d. n.)

Komitet zjazdowy uprasza Sz. Kolegów o rychłe nadesłanie streszczeń zgłoszonych wykładów z równoczesnem dołączeniem przekładu na język francuski lub niemiecki. Dalsze zgłoszenia należy nadsyłać pod adresem: prof. Dr R. Rencki, Lwów, Romanowicza 3.

† Dr Adam Rydel.

Ubył znowu jeden z tych, którzy wśród młodszych lekarzy krakowskich przodowali wiedzą, talentem, prawością, dobrocią serca. Rzecby można, że jakiś los zawistny znęca się nad naszem gronem, dobierając dla śmierci ofiary wśród najlepszych między nami.

Pochodząc z rodziny, w której łączyły się wielorakie przymioty i najlepsze z zalet polskich, energiczny temperament z wytrwałą pracowitością, bystrość inteligencyi z ogniem zapału, dziedzicząc szlachetne tradycye gorącego patryotyzmu, przypieczętowanego ofiarą krwi, obok wysokiej kultury naukowej, — wnuk po kądzieli Józefa Kremera, syn znakomitego profesora okulistyki ś. p. Lucyana, rektora Uniwersytetu Jagiellońskiego, — miał ś. p. Adam Rydel w domu rodzinnym atmosferę wyjątkową, której też niewątpliwie zawdzięczał główne cechy swego umysłu i charakteru: sąd jasny i trzeźwy, umiejętność pracy, — wysokie ideały etyczne, rycerskość, ludzkość.

Ukończywszy Wszechnicę Jagiellońską, gdzie już w czasie studyów zwracał na siebie uwagę zdolnościami i pracą, przebył ś. p. Adam Rydel gruntowne studya neurologiczne w Berlinie i Paryżu, poczem przez czas pewien był asystentem przy katedrze neurologii w Krakowie. Z okresu studyów zagranicznych pochodzi większość jego prac naukowych, z których zwłaszcza badania nad czuciem wibracyjnem zapisały jego nazwisko poważnie w literaturze lekarskiej i uprawniały do nadziei, że w ich autorze pozyska kiedyś uniwersytet pożyteczną siłę nauczycielską. Wśród neurologów krakowskich zajął też ś. p. Rydel bardzo rychło wybitne stanowisko i zyskał sobie rozgłos i zaufanie, które coraz więcej rozszerzały zakres jego wytężającej pracy praktycznej. W roku bieżącym wybrany został wiceprezesem Towarzystwa lekarskiego.

Zmarł przedwcześnie, licząc ledwo 42 lata, po długich i dolegliwych cierpieniach, pozostawiając powszechny żal i piękną pamięć znakomitego lekarza, zacnego kolegi i czystego człowieka. C.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Z powodu odznaczenia kilku lekarzy w Galicyi tytułem radcy medycynalnego zaznacza »Słowo lekarskie« (Nr 10), że na 400 lekarzy we Lwowie otrzymało to odznaczenie dotychczas sześciu, na 300 lekarzy w Krakowie dopiero jeden, a na tysiąc bezmała lekarzy prowincyonalnych — ani jeden, a dalej, że w porównaniu do innych krajów Austryi przypadło tych odznaczeń dotąd bardzo mało na Galicyę.

— W Radzie miejskiej krakowskiej zasiadało w ostatniej kadencyi ośmiu lekarzy. Przy ostatnich wyborach, dokonanych w maju, jest obecnie radcami miejskimi tylko pięciu (prof. Dr Kostanecki, prof. Dr Domański, prof. Dr Nowak, Dr Damski i Dr L. Schneider). Tego zmniejszenia liczby lekarzy nie można uważać za rzecz korzystną dla spraw sanitarnych miasta.

— Na tablicę pamiątkową ś. p. doc. Dr. Droby złożył Dr Kownacki z Wieliczki w redakcyi »Przeglądu lekarskiego« kor. 10, a Dr Batko z Suszy kor. 50. — Dalsze składki przyjmujemy.

— Wykłady higieny dla personalu pocztowego urządził po raz pierwszy przed kilku dniami Dr Schwarzenberg-Czerny w Krakowie, konsulent urzędu pocztowego, dając zarazem inicyatywę do wprowadzenia kursów higieny dla wstępującego do służby personalu pocztowego. Inicyatywa Dr. Czernego, który urządził też kursa higieny i pierwszej pomocy dla żon funkcyonaryuszy kolejowych, zasługuje na naśladowanie.

— Pomnik Henryka Jordana w parku jego imienia ma być odsłonięty w ciągu czerwca.

— Dyplom doktorski uzyskali pp. Stanisław Gądek, Feliks Siedlecki i Grüne Spirówna z Krakowa.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 17. V. do 25. V. 1914 zgłoszono przypadków: błonicy 4 † — (obcych 4 † 2), krztuśca 1, płonicy 20 † 2 (4 † —), odry —, duru brzusznego 1 † 1 (1 † 1), czerwonki 1 † — († —), róży 1 † — († —), tężca — † — Dr Janiszewski.

Warszawa. Na porządku dziennym posiedzenia Wydziału III Towarzystwa naukowego warszawskiego w d. 4. VI. 1914 znajdowały się m. i. komunikaty p. Frassetto: »Pochodzenie i rozwój kości czaszki u człowieka i ssaków wogóle«, i p. St. Lencewicza: »Ludność gór kieleckich pod względem antropologicznym«.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 25. V. do 1. VI. 1914 przypadków: ospy 5 † —, płonicy 7 † —, błonicy — † —. Dr Trenkner.

Zmarli: Dr Władysław Doliński w 74 r. ż. we Lwowie, Dr Kmiotek, lekarz okręgowy, w 30 r. ż. z duru osutkowego w Zabłotowie.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 10 czerwca 1914 w klinice okulistycznej (Kopernika 40) o godz. 6 wieczorem.** Na porządku dziennym: 1) Demonstracye chorych. 2) Kol. Kleczkowski: O działaniu krótkofalistych, niewidzialnych promieni na narząd wzrokowy. 3) Prof. Wicherkiewicz: O przyczynach późniejszego niedowidzenia po prawidłowo dokonanej operacyi zaćmy przeważnie starczej.

HUNYADI JÁNOS
GORZKA WODA NATURALNA
NAJLEPSZY ŚRODEK CZYSZCZĄCY
ZWRACAĆ UWAGĘ NA FIRMĘ ANDREAS SAXLEHNER NA KAŻDEJ ETYKIECIE

IWONICZ Dr JÓZEF JASIEŃSKI
ordynuje w sezonie bieżącym jak zawsze od 25 maja
Bazar. 277

Dr Józef LIEBESKIND
MARYENBAD, Dom „Kronprinz".

KRYNICA Dr Stanisław Flaschen
ordynuje jak zwykle Willa „Gwiazda". 138

Dr WŁADYSŁAW KLUGER b. Asystent kliniki chorób wewnętrznych Uniw. Jagiel. ordynuje jak lat ubiegłych
285
w MARYENBADZIE, Dom „Stadt Hannover" Kirchenplatz.

Dr M. Wachnianin ordynuje jak ubiegłych lat od maja w KARLSBADZIE
dom »Goldener Löwe« naprzeciw Kurhausu. 243

Dr MAKSYMILIAN FUCHS ordynuje jak dawniej 284
w Badenie (pod Wiedniem) ul. Renngasse 6.

Szczawa Krondorfska uznana za najlepszą i naturalną
Najlepsze skutki w nieżytach żołądka i pęcherza, jakoteż dróg oddechowych. 205
Prospekty rozsyła na żądanie Brunnen-Unternehmung Krondorf bei Karlsbad lub też Generalna reprezentacya dla Galicyi i Bukowiny, Kraków, Grodzka 48. Lwów, Sykstuska 31.

KARLSBAD Dr W. Maleszewski
b. Asyst. Kliniki krakowskiej
ordynuje jak dawniej „Haus Nastopil".
O otwarciu własnego
SANATORIUM (PENSION MÉDICALE-DIÈTÉTIQUE)
wyjdą osobne oznajmienia. 288

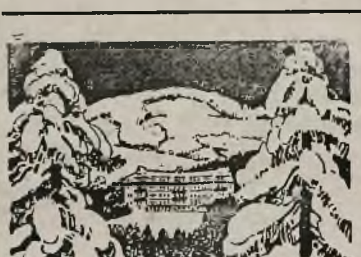


W Krynicy DR. ZYGMUNT WĄSOWICZ 126
ord. od 15 maja do końca września
(choroby wewnętrzne i kobiece)

SANATORIUM REKAWINKEL
dla nerwowo i umysłowo chorych.
Najbardziej postępowo urządzone, wszystkie środki lecznicze, dokoła otoczone lasem, blisko Wiednia, stacya kolei miejskiej
przez cały rok 4 lekarze. 270
Telefon (patrz książkę telef. wiedeńską) Rekawinkel Nro 2.
Rozmownica Wiedeń I, Operngasse 6. w środę i sobotę pop. godz. 4. Tel. 5840.

KRYNICA 136 Pensyonat i Zakład leczniczy Dr. E. ZARZYCKIEGO
od maja do października — Wodolecznictwo na miejscu. — Żądać prospektów.

NATURALNA SÓL SZPRUDLA
jest jedynie prawdziwą solą KARLSBADU
Zastrzega się przed falsyfikatami
147


SANATORYUM
DLA CHORYCH PIERSIOWYCH
POD KIERUNKIEM Dra K. DŁUSKIEGO W ZAKOPANEM.
OTWARTE CAŁY ROK. 141 PROSPEKTY NA ŻĄDANIE FRANCO.

Rok LIII. Kraków, dnia 13 czerwca 1914. Nr 24.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Ukryte sprawy gorączkowe w zakresie chorób dróg moczowych

podał

Dr Rogoziński (Lublin).

(Referat na II. Zjeździe lekarzy prowincyonalnych Król. polsk. w Lublinie 31. V. 1914).

Mówić mam o zakażeniach dróg moczowych z przebiegiem ukrytym, które nastręczają trudności dyagnostyczne i często z tego powodu bywają późno lub błędnie rozpoznawane. By się nie rozpraszać, pozwolę sobie zająć uwagę Sz. Panów dwiema tylko, najważniejszemi w tem znaczeniu sprawami zakaźnemi w górnych drogach moczowych: przewlekłą gruźlicą nerki i zapaleniem miedniczki nerkowej. Nie mogąc zagłębiać się w szczegóły, ograniczyć się muszę, w nadziei pobudzenia w tym kierunku dyskusyi, do kilku uwag, głównie o rozpoznawaniu i leczeniu tych chorób. Jedno i drugie zrobiło w ostatnich czasach znaczne postępy.

Okazało się przytem, że gruźlica narządów moczowych jest chorobą częstszą, aniżeli przypuszczano, zmieniły się też zapatrywania na jej rokowanie. Rozpoznając ją dawniej w okresach późnych, uważano ją za trudno uleczalną; rozpoznawana wcześnie, znakomicie poddaje się leczeniu chirurgicznemu. Zanim wyjaśnię, na czem polegają postępy leczenia i rozpoznawania gruźlicy moczowej i co może i powinien robić lekarz praktyk w obu tych kierunkach, uważam za konieczne przypomnieć pamięci Sz. Panów kilka podstawowych szczegółów z patogenezy i przebiegu tej choroby, ustalonych dopiero w ostatnich czasach. Wbrew dawnym poglądom wiadomo obecnie, że w większości przypadków sadowi się gruźlica pierwotnie *nie w pęcherzu, lecz w nerce*. Przybywa ona tutaj drogą krwi z innych ognisk w ustroju, najczęściej z płuc, gruczołów oskrzelowych i krezkowych. Upadło przypuszczenie, by zakażenie gruźlicą nastąpić mogło przez cewkę moczową, tak jak to bywa z tryprem. Nerka stanowi uprzywilejowane miejsce osadzania się laseczników, rzadziej zachodzi to w najądrzu. Pierwotna gruźlica pęcherza zdarza się nadzwyczaj rzadko. Gruźlicę pęcherza w 90—95 na sto przypadków poprzedza zakażenie nerki, a w pozostałych 5—10 zakażenie gruczołu krokowego lub pęcherzyków nasiennych. Usadowienia te przy niedość dokładnem badaniu pozostać mogą ukryte. Z nerki i najądrza gruźlica szerzy się zawsze w drogach moczowopłciowych w kierunku prądu wydzieliny, moczu lub nasienia, czyli że z nerki przechodzi na miedniczkę, moczowód, wreszcie pęcherz. O ile jednak pęcherz bez nerki zachorowywa rzadko, o tyle nerka bez pęcherza nader często. Oprócz najczęstszego sposobu szerzenia się gruźlicy na drodze zstępującej z nerki do pęcherza, posuwa się ona niekiedy, w wyjątkowych warunkach, w kierunku odwrotnym z pęcherza ku nerce. W przeważającej większości przypadków zakażeniu pierwotnemu ulega *tylko jedna nerka i pozostaje czas pewien jedynem ogniskiem gruźlicy w drogach moczowych*. Jest to okoliczność zasadniczej wagi dla terapii czynnej, gdyż umożliwia ona wczesne doszczętne usunięcie pierwotnego ogniska.

Rzadko, bo tylko w 11—14 na sto przypadków, obserwowanych klinicznie, znajdowano zakażenie obu nerek. Na stole sekcyjnym spotykano to znacznie częściej. Dowód, jak bardzo spieszyć się należy z usunięciem chorej nerki, zanim ulegnie zakażeniu druga. W miarę, jak posuwa się zniszczenie nerki chorej, wskutek działania toksyn, wydalanych z ustroju przez nerkę drugą, zmniejsza się jej odporność. Ulega ona z kolei rzeczy zakażeniu swoistemu, podobnie jak nerka pierwsza, lub też rzadziej na drodze wstępującej, po uprzedniem zakażeniu pęcherza. Nierozpoznana dość wcześnie i nieleczona na drodze chirurgicznej gruźlica nerki prędzej czy później sprowadza zgubę chorego; trzecia część chorych ginie w ciągu pierwszych dwóch lat, przeszło połowa — 58% — w ciągu lat pięciu od wybuchu choroby. Rzadkie przypadki samoistnego wyleczenia zapomocą t. zw. autonefrektomii, wskutek wyłączenia chorej nerki z układu moczowego przez zarośnięcie moczowodu, stanowią tylko pozorne i chwilowe wyleczenie. Wybitnie pomyślne wyniki leczenia gruźlicy nerki osiągnięto dotychczas jedynie zapomocą doszczętnego zabiegu chirurgicznego, usunięcia z ustroju całego chorego narządu, zapomocą *nefrektomii*. Wysoki odsetek śmiertelności po tej operacyi zmalał w ostatnich czasach znakomicie, w statystykach niektórych chirurgów z kilkudziesięciu na kilka odsetków. Stało się to nietyle za sprawą udoskonalenia techniki operacyjnej, ile raczej wskutek powstania i rozwinięcia się nowych dokładnych klinicznych metod badania w urologii, takich jak cystoskopia, cewnikowanie moczowodów, pozwalające otrzymywać mocz z każdej nerki od-

dzielnie, oraz metod badania sprawności czynnościowej nerek. Metody te umożliwiły z jednej strony rozszerzenie wskazań operacyjnych na przypadki wczesne, z drugiej zaś formułowanie w każdym poszczególnym przypadku dokładnych i ścisłych wskazań i przeciwwskazań do operacyi. Przypadki mocznicy, częstej przyczyny śmierci po dawniejszych wycięciach nerki, widuje się teraz rzadko i zdarzają się one właśnie wtedy, gdy badanie sprawności nerek jest niewykonalne. Nawet po wycięciu gruźliczej nerki w pewnej liczbie przypadków chorzy giną wskutek rozwoju gruźlicy, usadowionej poza drogami moczowemi. By ocenić, jak pomyślne wyniki daje nefrektomia, wystarcza jednakże porównać powyżej przytoczone rozpaczliwe wyniki leczenia środkami wewnętrznymi z tem, co daje leczenie doszczętne. Ogólna śmiertelność po nefrektomiach wynosi 25%, czyli $^3/_4$ chorych po zabiegu tym żyje jeszcze później długie lata, a nieco więcej, niż połowa, zostaje wyleczona doszczętnie.

Należy zaznaczyć, że w obronie leczenia gruźlicy nerki klimatoterapią i helioterapią oraz środkami wewnętrznymi włącznie ze swoistem leczeniem zapomocą tuberkulin i surowic odezwały się w ostatnich czasach, głównie we Francyi i Belgii, bardzo stanowcze głosy. Przedstawiciele tego kierunku twierdzą, że zdołali w wielu razach osiągnąć wyleczenie, coprawda tylko kliniczne. Jak dotąd, nieledwie zawsze okazywało się to tylko złudzeniem. Wiadomo bowiem, że w przebiegu cierpienia przychodzą same przez się okresy poprawy. Naogół panuje przekonanie, że nie stwierdzono dotychczas anatomicznego wyleczenia gruźlicy nerki zapomocą środków wewnętrznych i że gruźlica nerki nie jest uleczalna na drodze dzisiejszych naszych metod zachowawczych. Istota zagadnienia dla lekarza praktyka sprowadza się zatem do zadania, by gruźlicę moczową wcześnie rozpoznać, o ile możności w tym jej okresie, gdy ogranicza się ona do jednej tylko nerki. Rzadko tylko rozpoznanie to udaje się z łatwością. Czasami istotnie dolegliwości w nerce, szczególniej zaś w pęcherzu, niedwuznacznie zwracają uwagę na te narządy. Istota rzeczy, a mianowicie swoisty charakter cierpienia, i wtedy jeszcze pozostaje zagadką. Charakterystyczny jest n. p. obraz strasznych cierpień przy gruźliczym nieżycie pęcherza, nieustanne parcia bolesne, nietolerancya pęcherza, mała jego pojemność. Pomimo to, niekiedy lekarz długo nie rozpoznaje gruźliczej przyrody takiego nieżytu i leczy go przeróżnemi płukaniami pęcherza, chociaż nie mogą one w tym razie przynieść żadnej korzyści, a nawet wywierają wprost zgubne działanie na pęcherz gruźliczy. Ujemne wyniki takiego niefortunnego leczenia powinny zatem ex nocentibus prowadzić do właściwego rozpoznania. Dodać należy, że udział pęcherza w cierpieniu nie stanowi bynajmniej naogół przeciwwskazania do nefrektomii i że przeciwnie ta operacya w większości przypadków jak najkorzystniej odbija się na pęcherzu gruźliczym. Najbardziej utajonym przebiegiem odznaczają się wczesne okresy gruźlicy nerki. Jednak i w pęcherzu gruźlica długo, w ciągu miesięcy, przebiegać może również w prawie zupełnie utajonej postaci: podejrzenia, gdy chodzi o kobiety, zwracają się wtedy zwykle w kierunku narządów rodnych. Tylko badanie cystoskopem wyjaśnić może ostatecznie, o co tu chodzi. Stwierdza ono obecność gruzełków, często w okolicy ujścia jednego moczowodu, wskazując zarazem na nerkę, z której nastąpiło rozsianie.

Niedostateczne uwzględnianie c a ł o k s z t a ł t u objawów gruźlicy nerki jest przyczyną większości błędów rozpoznawczych. Zdaniem Rovsinga, nietylko lekarze-praktycy, lecz nawet oddziały szpitalne, stosując się do szablonu, »gdzie białkomocz — tam zapalenie nerek« — rozpoznają mylnie wczesną gruźlicę nerki na zasadzie stwierdzonego białkomoczu, jako zapalenie nerek, a w dalszej konsekwencyi, zamiast wzmacniać ustrój w walce z rozwijającą się gruźlicą, osłabiają chorego przez głodzenie i długotrwałą dyetę mleczną. W innych znowu przypadkach, gdzie mocz zawiera ropę, lekarz niekiedy, opierając się na tym jednym objawie, rozpoznaje mylnie zapalenie miedniczki nerkowej, a chory, traktowany niepotrzebnie antyseptykami moczowymi, traci bezpowrotnie czas, dopóki jest jeszcze uleczalny. Są to wszystko pożałowania godne błędy, gdy chodzi o cierpienie, w którem wczesne rozpoznanie, oraz racyonalne leczenie tak wielkie przynosi korzyści. Jak powiada Stoeckel, spóźnione rozpoznanie jest tu równie karygodne, jak spóźnione rozpoznanie przy raku macicy. Ponieważ chorzy w początkowych okresach gruźlicy nerek, wtedy, gdy są jeszcze uleczalni, dostają się zwykle w ręce lekarzy-praktyków, los chorych tych w głównej mierze zależy od tych lekarzy. W tem też znaczeniu działalność lekarza-praktyka jest równie ważna, jak późniejsza działalność urologa i chirurga. Zadanie zaś wczesnego rozpoznania bynajmniej nie jest łatwe. Ścisłe ustalenie rozpoznania i szczegółowa analiza przypadku zapomocą metod urologicznych nie wchodzą w zakres działalności lekarza praktyka, dokładne więc powyższe metody nie mogą mu być w tym kierunku pomocne. Objawy wczesnej gruźlicy nerek nie są ani wyraźne, ani charakterystyczne. Niema objawów znamiennych (patognomonicznych), t. j. takich, na którychby się można było wyłącznie opierać, bo nawet stwierdzenie laseczników gruźliczych w moczu nie może być uważane za objaw taki bez zastrzeżeń. Przy rozpoznaniu pierwotnem, przy swoich, właściwie mówiąc, podejrzeniach co do gruźliczego zakażenia nerki, opierać się musi zatem lekarz-praktyk z jednej strony na uwzględnieniu c a ł o k s z t a ł t u o b j a w ó w, z drugiej zaś na dokładnem i sumiennem, wielokrotnem, o s o b i s t e m b a d a n i u m o c z u. Nawet tam, gdzie lekarz przy badaniu moczu wyręczać się może pracownią analityczną, nigdy badanie takie, robione według stałego schematu, jak słusznie podnosi Wildbolz, nie może być w dostatecznej mierze zastosowane do potrzeb danego przypadku; tembardziej jest rzeczą konieczną, by lekarz badał mocz osobiście tam, gdzie nikt go pod tym względem nie może wyręczyć.

Należy mi wreszcie powiedzieć słów kilka o objawach gruźlicy nerek, o jej symptomatologii. Długo trwający dobry stan ogólny osobnika, jego wyglądanie i brak spadku wagi ciała nie powinny łudzić lekarza, tak jak łudzą chorego i jego otoczenie. Wahania ciepłoty ciała, wykazujące niekiedy krzywe nieprawidłowe, rzadziej podgorączkowe wieczorowe przyrosty, oraz nagłe wzniesienia, nabierają szczególnego znaczenia w zestawieniu z wynikami badania moczu, n. p. gdy wznosi się ciepłota, a jednocześnie znika ropomocz, co zwykle wskazuje na zatkanie moczowodu. Gorączka zależy przeważnie od zakażenia mieszanego, n. p.

przy nieżycie pęcherza i jego owrzodzeniach; we wczesnych okresach zamkniętej gruźlicy nerek—należy to zapamiętać — w wielu razach nie bywa zupełnie gorączki. Wcześnie występują objawy ze strony pęcherza oraz bóle w chorej nerce. Pierwsze polegają na zaburzeniach w oddawaniu moczu: wzmaga się częstość parć, zwraca uwagę potrzeba kilkakrotnego oddawania moczu w nocy. Parcia występują gwałtownie; o ile nie są zaspokojone przez oddanie moczu, powstają bolesne kurcze pęcherza. W ostatnich czasach opisywano w licznych przypadkach nietrzymanie moczu we śnie. Objaw ten, jako jeden z najwcześniejszych przedmiotowych, posiada istotnie znaczenie rozpoznawcze. Bóle w nerce bywają dwojakie, albo tępe w lędźwiach o typie neuralgicznych, albo ostre o charakterze kolki, rozpromieniające się w kierunku pęcherza i narządów płciowych zewnętrznych.

Bóle te zależą zwykle od zatkania moczowodu. Obmacywanie nerki chorej nie daje często żadnych danych. Może ona być macalna i pozornie powiększona, gdy zatrzymuje się mocz lub ropa w miedniczce lub jamach gruźliczych w nerce. Rozwijające się zrosty nerki z otoczeniem wywoływać mogą przy obmacywaniu złudzenie nerki powiększonej, tam gdzie jest ona istotnie mała i zserowaciała. Chociaż istnieje zwykle pewna wrażliwość nerki na ucisk, wywołujący niekiedy prócz tego bolesne parcie na mocz i wzmożone napięcie mięśni brzucha ze strony chorej — wszystkie jednakże te dane, zdobyte zapomocą obmacywania, mają bardzo względną wartość rozpoznawczą. Tembardziej, iż pamiętać należy, że zdrowa nerka po drugiej stronie, o ile jest wyrównawczo przerosła, dawać może zupełnie podobne objawy. Prawie stale spotykanym objawem jest toksyczny białkomocz nerki drugiej. Znika on wraz z wycięciem nerki chorej i nie stanowi bynajmniej przeciwwskazania do operacyi. Obmacywanie gruźliczego moczowodu, wrażliwego na ucisk, szczególniej przez pochwę u kobiet, dopomaga niekiedy przy rozpoznaniu.

Najważniejsze i najpewniejsze oznaki gruźlicy nerki zdobywa się jednak dopiero przez badanie moczu. Gruźlicza nerka we wczesnych okresach choroby wydziela zwykle przez długi czas niewielkie ilości białka i białkomocz taki, występujący bez określonej przyczyny, szczególnie u dzieci, powinien zawsze budzić podejrzenia w kierunku gruźlicy. Niekiedy białkomoczowi temu towarzyszy powiększenie dobowej ilości moczu. Stopniowo pojawia się w moczu drugi składnik patologiczny, ropa, i w miarę, jak posuwa się sprawa zniszczenia nerki, ilość jej wzrasta stopniowo. Trzeci składnik, krew, występuje zwykle w ilości nieznacznej, dostępnej jedynie dla badania drobnowidowego, chociaż zdarzają się także krwotoki obfitsze, przedzielone znacznymi odstępami czasu i w których nie bez słuszności upatrywano pewne analogie z krwotokami w gruźlicy płucnej. Stwierdzenie w moczu obecności laseczników gruźliczych najpewniej rozstrzyga rozpoznanie. Wbrew temu, co głoszą o trudności znalezienia ich w tym razie podręczniki, wszyscy badacze, którzy się tem zajmowali, z Rovsingiem i Windbolzem na czele, stwierdzają, że znaleźć je jest łatwo i że udaje się to w 80—90 na sto przypadków. Jednakże obecność ich nie bywa bynajmniej stała i poszczególne porcye moczu zawierają bardzo zmienną ich ilość. Dalej nie jest rzeczą wykluczoną, by z moczem nerki niegruźliczej, uszkodzonej tylko przez toksyny, w pewnych wyjątkowych chwilach nie mogły wydzielać się laseczniki gruźlicze u osobników, dotkniętych ciężką gruźlicą innych narządów. Zastrzeżenie to ma jednak więcej teoretyczne, aniżeli praktyczne znaczenie. Najważniejszy zarzut stanowi możliwość pomieszania laseczników gruźliczych z niezmiernie do nich podobnymi lasecznikami mastki (bacillus smegmae). Nawet w moczu wziętym zapomocą cewnika znaleść się mogą te laseczniki, wegetujące u wylotu cewki mężczyzny i kobiety. Jedyne kryteryum pewne stanowi wynik szczepienia na zwierzętach i badanie to musi być zrobione, gdy chodzi o ostateczne rozstrzygnięcie sprawy przed wycięciem nerki. Dla lekarza-praktyka kłopotliwe te badania są jednakże w pewnym stopniu zbędne. Jeżeli bowiem w zwykłym preparacie barwionym znajduje on ropę bez jakichkolwiek mikrobów, to wynik ten ze znacznym stopniem prawdopodobieństwa upoważnić go może do rozpoznania gruźlicy dróg moczowych.

Nadużyłem cierpliwości Sz. Panów w pierwszej części mego przemówienia o gruźlicy nerki, chcę być możliwie zwięzłym i treściwym w tem, co teraz z kolei rzeczy powiedzieć mam o zapaleniu miedniczki nerkowej. Chociaż pod względem grozy i powagi rokowania nie może cierpienie to równać się z poprzedniem — rzadko stosunkowo kończy się bowiem zejściem śmiertelnem z powodu zakażenia ogólnego lub udziału nerki w zakażeniu — to jednak ma ono dla lekarza-praktyka znaczenie doniosłe, jest dlań bardziej może nawet, że tak powiem, aktualne. Przedewszystkiem dlatego, że jest ono częstsze, dalej, że bywa wielokrotnie rozpoznawane niewłaściwie, wreszcie, że rozpoznanie jest tu naogół łatwiejsze i prostsze, aniżeli przy gruźlicy nerki. Cystoskopia, cewnikowanie moczowodów, pyelografia, czyli prześwietlanie miedniczki dla poznania stosunków zachodzących przy jej rozszerzeniu, i tutaj umożliwiły dopiero ścisłość i precyzyę badania, wyjaśniły wiele szczegółów, niedostępnych na innej drodze, wreszcie sprowadziły przewrót w leczeniu, szczególniej przewlekłych postaci, powikłanych zastojem moczu i ropy w miedniczce. Pomijając te metody, obchodzące raczej specyalistę urologa, stwierdzić należy, że gdy chodzi o cierpienie w ostrej postaci i obostrzenia postaci przewlekłej, lekarz praktyk ma wdzięczne do działania pole: zapomocą prostych środków może on i powinien cierpienie właściwie rozpoznawać oraz odpowiednio leczyć, przeważnie z doskonałym skutkiem bezpośrednim, — gorszym nieco pod względem wyleczenia doszczętnego.

Co sprawia, że rozpoznanie dotychczas tak często się nie udaje? Dwie są tego, jak się zdaje, przyczyny. Przedewszystkiem o zapaleniu miedniczki nerkowej, jako o samoistnej postaci zakażenia górnego odcinka dróg moczowych, niedostatecznie się dotychczas przy łóżku chorego pamięta i w poszczególnym przypadku nie uwzględnia się możliwości tego cierpienia; po drugie, co najważniejsza, w wielu razach nie bada się zupełnie moczu chorych, chociaż wyniki tego badania mają tu znaczenie rozstrzygające i same przez się mogą sprawę wyjaśnić.

Mówiąc o zapaleniu miedniczki nerkowej, mam na względzie tylko te jego postacie, które występują bądź

pierwotnie, bądź rozwijają się w ciąży i połogu, bądź wreszcie stanowią przerzuty z innych ognisk zakaźnych w ustroju, pomijam zaś te, które przyłączają się n. p. do zakażenia pęcherza moczowego w późnych okresach przerostu gruczołu krokowego, przy kamieniach w pęcherzu lub cierpieniach rdzenia. Takie wtórne zapalenia miedniczki, jako powikłania cierpienia zasadniczego przez rozszerzanie się jego drogą wstępującą ku nerce, znane były oddawna i mają odrębny charakter. Zdobyczą natomiast nowszych czasów jest ustalenie postaci zapalenia miedniczki nerkowej jako samoistnego, bądź ostrego, bądź nawrotowego zakażenia górnych dróg moczowych. Wiadomości o tej chorobie zakaźnej zawdzięczamy głównie pedyatrom i ginekologom, a to dlatego, że cierpienie pojawia się najczęściej z jednej strony u dzieci w pierwszych latach, a nawet miesiącach ich życia, z drugiej zaś strony u kobiet w krytycznych okresach ich życia płciowego, przedewszystkiem w ciąży, dalej, jak dowodzą nowsze spostrzeżenia, po defloracyi, lub, jak twierdzą niektórzy, po stosunku płciowym, oraz w związku z miesiączkowaniem. Przypuszczano do niedawna, że na zapalenie miedniczki nerkowej chorują nieledwie wyłącznie dziewczynki oraz kobiety, stwierdzono jednakże obecnie, że zapadają na nie także chłopcy i mężczyźni, jakkolwiek nierównie rzadziej. Wygłoszone zostało przypuszczenie, i ma ono licznych zwolenników, że zapalenie miedniczki u kobiety ciężarnej, występujące pod postacią napadową ostrej choroby gorączkowej, jest nawrotem, obostrzeniem tegoż samego cierpienia, przebytego w pierwszym roku życia przed dziesiątkami lat i powtarzającego się niekiedy w różnych odstępach czasu, a nawet i tlejącego jak iskra w popiele w stanie utajonym przez tak długie okresy aż do owej chwili krytycznej. Teorya taka, bez względu na jej prawdziwość, najlepiej chyba uwidocznia, jak bardzo cierpienie może mieć charakter przewlekły i w pewnych okresach swego przebiegu ukryty. Na tle tego utajonego przebiegu zjawiają się ostre napady gorączkowe, mające wszystkie cechy mniej lub więcej ciężkiego zakażenia ogólnego. Ostry napad rozpoczyna się zwykle w najbardziej typowych przypadkach od silnego dreszczu i wysokiej gorączki do 40^0 i wyżej. Towarzyszą jej zwykłe objawy — suchy język, wzmożone pragnienie, bóle głowy, stawów i krzyża, niekiedy wymioty. W połowie przypadków ułatwiają rozpoznanie skargi na ból w jednej lędźwi, najczęściej prawej, i bolesność w okolicy nerki przy obmacywaniu, wyczuwa się tu również niekiedy chorą miedniczkę w kształcie napiętego guza. Zasadniczą wagę dla rozpoznania ma wynik badania moczu drobnowidowo i bakteryologicznie. Mocz, wzięty jałowo z pęcherza, zawiera subtelny męt, zależny od mikrobów, i wypadający na dnie naczynia osad, złożony z ropy. W ciężkich przypadkach ilość ropy jest tak wielka, że wykrywa ją gołe oko; bywa wtedy zwykle i przymieszka krwi. Odczyn moczu jest przeważnie, jednakże nie wyłącznie, kwaśny. Gdy wydzielają się znaczne ilości lasecznika okrężnicy, mocz posiada typowy ostry zapach, który pamięta każdy, kto raz nań zwróci uwagę. O ile w zakażeniu nie uczestniczy nerka, nie bywa znacznych ilości białka, oraz wałeczków nerkowych, zwykle próba na białko wypada jednakże dodatnio. Mikroskop wykrywa ciałka ropne, czerwone ciałka krwi, nabłonki i w wielkiej ilości mikroby, przeważnie krótkie laseczniki (bacterium coli), niekiedy i inne, w tej liczbie gronkowce i paciorkowce. Stan taki wraz z powtarzającymi się dreszczami i trzymającą się na wysokich stopniach ciepłotą trwa zwykle 8—14 dni, niekiedy znacznie dłużej, częściej zaś jeszcze po spadku ciepłoty w różnych, bądź prawidłowych, bądź nieprawidłowych odstępach czasu, powtarzają się okresowo napady podobne, zwykle słabsze pod względem natężenia i zależne wielokrotnie od przeniesienia się zakażenia na miedniczkę po stronie drugiej, dopóki sprawa nie przejdzie w stan przewlekły i utajony lub całkiem się nie wyrówna. Przerwę pomiędzy jednym a drugim napadem, po stopniowem zniknięciu z moczu nabłonków, potem ropy, cechuje wydzielanie się przez długi czas znacznych ilości bakteryi, t. zw. bakteryurya, a ponieważ w 81 na sto przypadków zapalenie miedniczki nerkowej zależy od zakażenia lasecznikiem okrężnicy, więc wydzielają się przytem w szczególności wielkie ilości tego lasecznika.

Jakiemi drogami dostaje się ten stały mieszkaniec kiszek do miedniczki nerkowej? Niepodobna tutaj wchodzić w szczegóły dawno trwającego sporu, czy dzieje się to drogą wstępującą, wskutek pierwotnego zakażenia dolnych dróg moczowych przez cewkę, czy też na drodze zstępującej, t. j. ze strony krwi i wydzielania się lasecznika przez nerkę. Spór ten nie jest dotychczas rozstrzygnięty bezwzględnie na korzyść żadnego z powyższych dwóch sposobów. W ostatnich czasach ustala się jednak coraz bardziej przekonanie, że sposobem zakażenia wyłącznie przez drogi moczowe niepodobna objaśnić wielu stwierdzonych faktów. Kto, jak ja, miał sposobność przekonać się osobiście o stałej nieledwie obecności lasecznika okrężnicy w narządach chłonnych krezkowych, ten dla objaśnienia, w jaki sposób dostaje się on z kiszki do nerki, nie będzie odwoływać się do stwierdzonego w ostatnich czasach i bardzo głośnego wśród autorów niemieckich połączenia zapomocą naczyń chłonnych kiszki grubej z nerką prawą, a raczej jej otoczką, oraz mniej pewnego i wyraźnego z lewą. Połączenia te tak się mają do naczyń chłonnych krezkowych i przewodu piersiowego, jak drobne drogi podjazdowe do torów bezpośredniej komunikacyi. Że transport lasecznika okrężnicy odbywa się po wielkich drogach fizyologicznej resorbcyi, nie zaś po owych drogach ubocznych, jest dla mnie sprawą niewątpliwą.

Jako główny czynnik usposabiający do zadomowienia się zakażenia w miedniczce nerkowej wymienić należy zastój moczu, wywołany przez te lub inne przyczyny, zwężające światło moczowodu i upośledzające jego czynność doraźnego opróżniania miedniczki. W ciąży n. p., prócz innych czynników dodatkowych, gra główną rolę ucisk, wywierany przez powiększoną macicę na moczowód.

Sprawę leczenia ostrego zapalenia miedniczki nerkowej załatwić mogę w trzech słowach, i to bynajmniej nie w przenośni. Jeden z klinicystów wyraża się lapidarnie, iż wystarczają tu naogół łóżko i woda, czyli spokój i wzmożone wydzielanie moczu. Do dwóch powyższych dodać wypada na trzeciem miejscu działanie antyseptyków moczowych, a więc salolu i urotropiny, oraz całego szeregu środków od niej pochodnych — borowertyny, cystopuryny, helmitolu, heksalu, myrmalidu i t. p. Działanie środków tych w ostrym napadzie przynosi znaczne ko-

rzyści, niestety nie można tego samego powiedzieć, gdy sprawa przechodzi w postać przewlekłą. Wtedy zjawiają się wskazania do cewnikowania moczowodów oraz płukania miedniczek, co jednakże tutaj pominąć mi wolno. Gdy powodem wędrówki prątka okrężnicy do dróg moczowych są zaburzenia kiszkowe, pożądane jest zwrócenie uwagi na to pierwotne źródło zakażenia, uregulowanie dyety, środki czyszczące, powstrzymujące rozwój flory kiszkowej i t. p.

Na zakończenie chciałbym tylko jeszcze wyliczyć te wszystkie błędy rozpoznawcze, których unikać należy, rozpoznając zapalenie miedniczki nerkowej. Różniczkowanie z nieżytem pęcherza, gdy chodzi o postać przewlekłą, bez pomocy cystoskopii przedstawiać może znaczne trudności: objawy zapalenia miedniczki mogą być przytem zamaskowane przez objawy nieżytu pęcherza. Obowiązuje tu zasada, że nieżyt pęcherza, leczony bezskutecznie w ciągu trzech tygodni miejscowo i ogólnie, o ile nie jest zależny od kamienia, gruźlicy lub przetoki pęcherzowo-pochwowej, podtrzymywany jest przez jednoczesne zapalenie miedniczki. Najczęściej mieszano zapalenie miedniczki z zapaleniem wyrostka robaczkowego. Quervain twierdzi, że dzieje się to w 5 na sto przypadków operowanych, inni, jak Hausmann, podnoszą tę cyfrę do 10%, czyli, że zdaniem tego autora co dziesiąty wycięty wyrostek robaczkowy jest wyrostkiem zdrowym, operowanym z powodu nierozpoznania zapalenia miedniczki. W razach wątpliwych, oprócz dokładnego badania moczu, co jest najważniejsze, nie należy ograniczać się nigdy do obmacywania brzucha wyłącznie od przodu, jak się to dzieje powszechnie, lecz sięgać również do tyłu, w okolicę lędźwiową, do miedniczki. Kończę na wyliczeniu tych wszystkich chorób, które mylnie rozpoznawano zamiast zapalenia miedniczki. Rozpoznawano więc: dur brzuszny, zapalenie otrzewnej, kamicę żółciową, choroby żołądka i jelit, zapalenie opłucnej, zapalenie płuc centralne, gorączkę popołogową, gościec, dur powrotny, zimnicę, rwę nerwu kulszowego, histeryę, neurastenię, u dzieci zaś prócz tego zapalenie opon mózgowordzeniowych i zapalenie istoty szarej rdzenia. Wreszcie u niemowląt rozpoznawano niekiedy zapalenie ucha środkowego i wykonywano wielokrotnie, przytaczam to za Finkelsteinem, przekłucie błony bębenkowej przy zapaleniu miedniczki nerkowej. Gdy chodzi o niemowlęta, trudności zebrania moczu do badania tłomaczyć mogą do pewnego stopnia przytoczone błędy rozpoznania, u ludzi dorosłych niema powyższej »okoliczności łagodzącej«.

Postępy w rozpoznawaniu i leczeniu spraw gorączkowych o pochodzeniu ukrytem w zakresie cierpień narządów rodnych kobiecych

napisał

Dr Czesław Czerwiński (Lublin).

(Odczyt na II. Zjeździe lekarzy prowincyonalnych Królestwa Polskiego w Lublinie).

Narządy rodne kobiece tak łatwo są dostępne naszemu badaniu, a przyczyny powstawania spraw gorączkowych w sferze tych narządów są dziś tak szeroko wyjaśnione, że w ścisłem tego słowa znaczeniu mowy tu być nie może o t. zw. »kryptogenetyzmie«.

Pomijając sprawy zapalne sromu, pochwy i macicy, które same przez się ujawniają się całym szeregiem bardzo wyraźnych objawów przedmiotowych i podmiotowych, zatrzymamy dłużej naszą uwagę na cierpieniach bardziej ukrytych narządów, jak jajniki i jajowody, których przy wyjaśnieniu przyczyn gorączki w ustroju kobiecym pominąć nie możemy, chociażby dlatego, że skargi chorej skierowują naszą uwagę na właściwą drogę. Wtedy od sprawności lekarza w badaniu całkowicie zależeć będzie, czy pochodzenie sprawy gorączkowej ma pozostać »ukrytem«, czy też rozpoznanie stanu chorobowego przydatków macicy ma stanowczo ustalić, że tu jest przyczyna gorączki. Tam, gdzie dokładność w określeniu choroby zależy tylko od osobistych zalet lekarza, do jakich należy sprawność w badaniu ginekologicznem, tam nie może być mowy o postępach w rozpoznawaniu; jeżeli jednak zważymy, że nie wystarcza dziś powiedzieć, że »jajnik jest powiększony, a jajowód zgrubiały«, że dzisiejszy stan nauki lekarskiej wymaga od nas zarówno określenia samej istoty cierpienia, jak i tła, na którem ono powstało, to wtedy będzie jasnem, że w zakresie chorób kobiecych tylko sprawy zapalne w przydatkach macicy mogą być zaliczone do rzędu gorączek o pochodzeniu ukrytem, a udoskonalenie starych i wynalezienie nowych sposobów zróżniczkowania rozmaitych postaci tych spraw zapalnych będzie postępem w ich rozpoznawaniu, a co za tem idzie, i leczeniu.

Etyologicznie sprawy zapalne przydatków macicy dadzą się podzielić na trzy działy:

a) zakażenie wywołane drobnoustrojami ropotwórczymi (paciorkowcami i gronkowcami),

b) rozliczne postacie gruźlicy i

c) zakażenia wywołane dwoinkami Neissera — wiewiór.

W rozpoznawaniu dwu pierwszych postaci nauka ostatnich lat zrobiła stosunkowo niewielkie postępy, ustaliwszy jedynie, że zakażenia drobnoustrojami ropotwórczymi zdarzają się prawie wyłącznie w okresie poporodowym i poporonieniowym, a gruźlicze powstają wtórnie w narządach rodnych kobiecych drogą naczyń krwionośnych z pierwotnego ogniska najczęściej w płucach, lub w przewodzie pokarmowym; a więc: pierwsza postać da się ustalić z wielkiem prawdopodobieństwem na zasadzie wywiadów (odbycie gorączkowego okresu poporodowego), a druga przez stwierdzenie obecności ogniska gruźliczego w innych narządach, niekiedy przez stwierdzenie płynu wolnego w jamie brzusznej, czasem ze współistnieniem objawów przewlekłego zapalenia otrzewnej; wogóle jednak pewne rozpoznanie gruźlicy jajowodów, jak dotąd, należy do najtrudniejszych zadań, jakie klinika stawia lekarzowi.

Najczęściej spotykana postać — wiewiór jajowodu (lub jajowodów) — z łatwością daje się rozpoznać, o ile równocześnie istnieją objawy wiewióra innych części narządu rodnego. O ile jednak chora zgłasza się do lekarza w okresie, kiedy te objawy już znikły, lub, jak to niekiedy bywa, o ile drobnoustroje, nie osiedlając się po drodze na błonie śluzowej kanału rodnego, przeniknęły do jajowodu, o tyle rozpoznanie różniczkowe staje się niepewnem. Chełboczący guz przydatków macicy może w tym przypadku

dać powód do rozpoznania ciąży jajowodowej; to zmusiłoby lekarza do wysnucia wskazań do natychmiastowego zabiegu operacyjnego, co, jak to później wykażę, niepotrzebnie narazićby mogło życie chorej na niebezpieczeństwo.

W takich przypadkach zastosowanie w celach rozpoznawczych szczepionki (wakcyny) wiewiórowej może niekiedy istotę guza wyjaśnić.

Po nieudanych próbach z różnorodnemi surowicami, dzięki badaniom Wrighta w ostatnich latach rozpoczęto energiczną pracę nad klinicznem wyjaśnieniem zjawisk t. zw. czynnego uodpornienia ustroju, t. j. stosowaniem szczepionek, otrzymanych z czystych hodowli drobnoustrojów (w przeciwieństwie do surowic, otrzymywanych z krwi zwierząt uodpornionych). Nie tu miejsce na rozpatrywanie teoretycznych podstaw nauki o tem t. zw. czynnem uodpornieniu w chorobach zakaźnych wogóle; nas w danym razie interesuje tylko fakt, że szczepionka, otrzymana przez Brucka z czystych hodowli dwoinek Neissera (a wyrabiana przez firmę Scheringa i sprzedawana pod nazwą arthigonu), ma znaczenie praktyczne przy rozpoznawaniu i leczeniu ukrytego wiewióra.

Mniejwięcej w dobę po wstrzyknięciu 0,5 cm^3 arthigonu chorej na wiewiórowe zapalenie jajowodu zjawia się w miejscu wstrzyknięcia zaczerwienienie i lekkie obrzmienie skóry, ciepłota podnosi się o $^1/_2$ — 1 stopnia, występują zaburzenia w stanie ogólnym, a zarazem zjawia się wyraźny odczyn w postaci bólu w samem ognisku choroby. Taksamo określa działanie swojej szczepionki drugi badacz — Reiter, podkreślając tylko, że zaczyna wstrzykiwania od bardzo małych dawek i powtarza je dopiero po upływie 5 dni.

W ostatnich czasach w specyalnem piśmiennictwie zjawiło się bardzo wiele prac, które miały na celu sprawdzenie zarówno rozpoznawczych, jak i leczniczych własności szczepionek wiewiórowych. Ogólne wnioski w tym względzie dadzą się streścić w sposób następujący:

1) Szczepionki wiewiórowe nie mają żadnego swoistego działania w przypadkach zachorowań cewki moczowej, szyjki macicznej i samej macicy, wywołują natomiast w większości przypadków wyraźny odczyn tam, gdzie istnieje zamknięte ognisko, a więc w ropniakach jajowodów.

2) Odczyny w miejscu wstrzyknięcia szczepionki i w ognisku chorobowem nie mogą być uznane za bezwzględnie znamienne przy rozpoznawaniu ukrytego wiewióra, natomiast charakterystyczne jest podniesienie się ciepłoty ciała wyżej 38° C.

W przypadkach trudnych pod względem rozpoznawczym, a więc tam, gdzie przy nieznacznych bólach i krwawieniu bez podniesienia ciepłoty wyczuwamy elastyczny guz w przydatkach macicy, należy chorej wstrzyknąć 1 cm^3 arthigonu (który daje wyraźniejszy odczyn, niż szczepionka Reitera) podskórnie lub śródmięśniowo; jeżeli w przeciągu doby po takiem wstrzyknięciu ciepłota ciała podniesie się wyżej 38° C., zjawi się ogólne niedomaganie, bóle krzyża, głowy i wymioty, jeżeli przytem zwiększy się bolesność w ognisku chorobowem, to wszystko to, razem wzięte, przemawiać będzie za względnie świeżą sprawą wiewiórową w jajowodzie; stare ropniaki dają słabszy odczyn lub też wcale go nie dają.

Jakkolwiek próba powyższa nie jest bezwzględnie pewna, wzbogaciła ona jednak arsenał naszych środków rozpoznawczych, a ponieważ da się łatwo wykonać i nie wywiera żadnego ubocznego ujemnego wpływu na ustrój chorej, zasługuje przeto na rozpowszechnienie.

Ropienie w jajowodach, bez względu na jego pochodzenie, jak zresztą wogóle obecność ropy w tym lub innym narządzie wewnętrznym, ujawnia się nietylko podniesieniem ciepłoty, ale niekiedy całym szeregiem objawów ropniczych, z których najwięcej może znamienne są bóle w stawach i torebkach ścięgnistych. Jeżeli lekarz w każdym przypadku tego rodzaju nie zaniedba dokładnego zbadania przydatków macicy, uniknie nieraz poważnej pomyłki w rozpoznawaniu istoty cierpienia; wyjaśniwszy, że ma przed sobą nie gościec stawowy, ale ropienie w małej miednicy, nie narazi chorej na wielotygodniowe leczenie środkami wewnętrznymi, lecz niezwłocznie skieruje ją do specyalisty chirurga.

Badanie przydatków macicy powinno też obowiązywać każdego lekarza praktyka w przypadkach wątpliwego rozpoznania zapaleń wyrostka robaczkowego u kobiet, narząd ten bowiem tak blizko sąsiaduje z prawym jajowodem, że nieraz tylko zbadanie narządów rodnych kobiety mogło ustalić rozpoznanie pęknięcia ciąży jajowodowej tam, gdzie wszystkie objawy kliniczne przemawiały za przedziurawieniem wyrostka.

Przechodząc do omówienia postępów w leczeniu spraw gorączkowych o ukrytem pochodzeniu w sferze narządów rodnych kobiety, znów mówić wypada tylko o leczeniu spraw ropnych w jamie małej miednicy. Postęp w leczeniu tych spraw, jaki objawia się coraz bardziej, ogólnikowo daje się określić dość paradoksalnie; zwolennicy zachowawczego leczenia przydatków macicy są postępowcami w dziedzinie chirurgii ginekologicznej, drogą bowiem doświadczenia klinicznego, zdobytego na olbrzymiej ilości operowanych w ostatnich latach przypadków, doszli oni do jedynie słusznego wniosku, że t. zw. doszczętny zabieg chirurgiczny należy w danym razie uważać za ostateczny środek, który młodą kobietę, bo o takie przecież najczęściej tu idzie, pozbawia narządów, niezbędnych dla utrzymania cielesnej i duchowej równowagi w ustroju, środek, który niezawsze zabezpiecza ustrój od nawrotów cierpienia, jak to bywa przy wiewiórze, naraża natomiast na nowe ciężkie dolegliwości, jak to widzimy niekiedy w gruźlicy, kiedy po usunięciu chorego jajowodu pozostaje nigdy nie gojąca się, a wyniszczająca ustrój, przetoka jelitowa.

Nie od rzeczy więc będzie przypomnieć tu w krótkich słowach główne zasady zachowawczego leczenia spraw zapalnych w jamie małej miednicy.

W ostrym okresie choroby nasze leczenie sprowadza się do leżenia w łóżku, pęcherza z lodem lub później okładu rozgrzewającego na dolną okolicę brzucha, lekkiej a pożywnej dyety, regulowania czynności jelit i objawowego stosowania środków wewnętrznych, unikając zbytecznego przeładowywania ustroju narkotykami. Tutaj nie można zbyt silnie podkreślić, jak szkodliwe jest niestety tak częste stosowanie w tym okresie miejscowego leczenia w postaci wystrzykiwań, gałek i tamponów pochwowych i t. p., nie mówiąc już o wprost karygodnych wyskrobywaniach jamy macicy i przemywaniach wewnątrzmacicznych w celu zatrzymania krwotoku, zabiegach, które bywają nieraz bez-

pośrednią przyczyną ogólnego zapalenia otrzewnej. Wszelkie miejscowe zabiegi możemy polecić chorej dopiero wtedy, kiedy ostry okres zapalny zakończył się całkowicie, t. j. nie wcześniej, niż w 10—14 dni od ostatniego podniesienia się ciepłoty, lub kiedy choroba przechodzi w stan przewlekły. Wtedy dopiero różnorodne kąpiele całkowite i nasiadowe, gorące przestrzykiwania, tampony, leczenie gorącem powietrzem i t. p. metody leczenia mogą dodatnio wpłynąć na zmniejszenie się, ewentualnie zupełne zniknięcie ogniska zapalnego. Jeżeli jako ostateczny wynik takiego leczenia pozostaną zgrubienia tkanek i zrosty z sąsiednimi narządami, to umiejętnie przeprowadzone leczenie miesieniem ginekologicznem daje zupełne wyzdrowienie (w przypadkach zapalenia wiewiórowego z miesieniem należy się wstrzymać jak można najdłużej).

Cały ten spis klasycznych środków leczenia zachowawczego w ostatnich czasach wzbogacony został co do ropniaków pochodzenia wiewiórowego — a te są najczęstsze — wprowadzeniem w użycie szczepionek, o których wyżej była mowa. Stosowane przy wykształconych już, ale bezgorączkowych ropniakach jajowodów, dają te szczepionki niekiedy bardzo szybkie polepszenie objawów podmiotowych, a we względnie świeżych przypadkach nawet zupełne wyzdrowienie. Dlatego też pozwolę sobie opisać sposób stosowania jednego gatunku tych szczepionek, a mianowicie arthigonu, sposób, polecony przez samego twórcę tej szczepionki — Brucka, a sprawdzony w wielu przypadkach przez Frommego, Collmanna i wielu innych klinicystów. Wstrzykują oni śródmięśniowo w okolicę pośladkową 0,5 cm^3 arthigonu. Jeżeli w przeciągu doby po wstrzyknięciu ciepłota podnosi się do 38^0 i wyżej, to po 4—5 dniach powtarzają takież wstrzyknięcie; jeżeli po pierwszem wstrzyknięciu nie było podniesienia ciepłoty, to przy drugiem wstrzyknięciu dawkę należy zwiększyć do 1 cm^3. W ten sposób stopniowo przechodzi się do dawki 1,5 i 2 cm^3, powtarzając wstrzyknięcia co 4—5 dni. Dawek wyższych nad 2 cm^3 nie stosowano, a ogólna ilość wstrzykniętego płynu wahała się w każdym poszczególnym przypadku między 5—7 cm^3. Wszystkie przypadki leczono wyłącznie tylko szczepionką, dlatego też słusznie przypuszczają sprawozdawcy, że wyniki takiego leczenia będą znacznie lepsze, jeżeli równocześnie z wstrzykiwaniami arthigonu zastosujemy i cały szereg innych środków leczniczych. W roku bieżącym zaczęto próby z śródżylnemi wstrzykiwaniami szczepionek, naturalnie w znacznie mniejszych dawkach, okazało się jednak, że o ile w celach rozpoznawczych ten sposób zastosowania szczepionki daje odczyny wyraźniejsze, o tyle w znaczeniu leczniczem nie stanowi on postępu w porównaniu ze wstrzykiwaniami śródmięśniowemi. Jeżeli jednak leczenie zachowawcze, stosowane nieraz przez długie miesiące, — a w razie potrzeby i przez lata —, nie daje zupełnej poprawy, lub też, jeżeli zjawia się wysoka gorączka przy jednoczesnem powstaniu dużego ropnia, łatwo dostępnego od strony pochwy, — to wówczas chora powinna przejść pod obserwacyę specyalisty chirurga, którego zadaniem będzie wskazania do zabiegu ustalić, ewentualnie zabieg wykonać. Jemu też należy pozostawić wybór metody operacyjnej i dlatego sprawę postępów techniki w pracy niniejszej całkowicie pomijam.

Rzut oka na rozwój patologii na tle rozwoju nauki, w szczególności przyrodoznawstwa. Patologia jako nauka.

Napisał

Prof. Dr Karol Klecki.

(Ciąg dalszy).

Lekarz polski, Józef Struś (1510—1568) pierwszy podejmuje na nowo w badaniach swych nad tętnem zarzucony od czasów Galena eksperyment fizyologiczny. Dopiero w kilkadziesiąt lat potem, w r. 1628, zastosowana w fizyologii metoda eksperymentalna doprowadziła Williama Harveya (1578—1657), autora słynnego aforyzmu omne vivum ex ovo, do odkrycia obiegu krwi.

Nieco później uczeń Harveya, Franciszek Glisson (1597—1677) stwierdził niezmiernie ważną właściwość wszelkich tworów żywych, mianowicie ich pobudliwość (irritabilitas). Własność tę przypisywał Glisson włóknom ustroju, które, pobudzone przez bodźce zewnętrzne lub wewnętrzne, sprowadzają wszelkie ruchy organiczne nieświadome. Świadomość zaś ruchów powstaje, według Glissona, dopiero wówczas, gdy zadrażnienie przenosi się z włókien na nerwy.

Duch czasu, objawiający się w zwrocie do empiryi i krytyce dawnych autorytetów, sprawił, że w XVII w. medycyna praktyczna mogła zacząć się doskonalić; zwłaszcza jej strona techniczna mogła czynić postępy dzięki lepszemu poznaniu anatomii.

Ale patologia, pomimo olbrzymiego przewrotu, jaki w wieku Odrodzenia dokonał się w nauce, istotnego postępu w czasie tym uczynić nie mogła. Wielkie bowiem odkrycia tego wieku, które dały podstawę nowoczesnemu przyrodoznawstwu, nie mogły w krótkim czasie pogłębić poznania tak zawiłych stosunków biologicznych, jakiemi zajmuje się patologia. Przytem dociekania wybitniejszych lekarzów tej epoki zwracały się głównie w jednym tylko kierunku, mianowicie do chorób epidemicznych, jakie w wiekach średnich niezmiernie często i z wielką siłą grasowały. Epidemie moru w XIV, XV i XVI ww., oraz epidemiczne rozpowszechnienie się kiły w końcu XV w. w znacznej mierze przyczyniły się do upadku poglądów, płynących z nauki Galena i lekarzy arabskich, w epidemiach tych pokazała się bowiem cała bezsilność medycyny, opartej na tych poglądach. To też w tej dziedzinie patologii pogląd pierwotny, według którego choroby epidemiczne są chorobami ogólnemi, powstałemi wskutek zepsucia się soków ustroju, przyczem niemałą rolę odgrywa jakaś własność tajemnicza, »qualitas occulta«, powietrza, coraz więcej zaczął ustępować teoryi, głoszącej zaraźliwość tych chorób.

Wprawdzie już Hippokrates wspomina o miasmatach, jako o czynnikach chorobotwórczych, a udzielanie się niektórych chorób przez zetknięcie się (contagium) było rzeczą już oddawna znaną; ale medycyna arabska ten dział patologii prawie zupełnie zaniedbała, tak że dopiero pod wpływem powyżej wspomnianych epidemii powstała w XVI w. teorya kontagionistyczna cho-

rób epidemicznych, którą najlepiej uzasadniał Hieronim Fracastoro (1483—1553).

Już w r. 1508 lekarz krakowski, Jan Benedykt stwierdził udzielanie się kiły przez odzież chorych. Oddzielanie podczas epidemii osób chorych od zdrowych stosowano już oddawna, a w XVI w. nawet już wyjaławiano przez wyżarzenie złote obrączki, które kazano chorym kiłowym trzymać w ustach, by ułatwić w ten sposób uchodzenie z ustroju szkodliwych wyziewów.

Ścieranie się poglądów kontagionistów z nieuznającymi ich teoryi antykontagionistami doprowadziło do powstania pojęcia konstytucyi epidemicznej, która w epidemiach miała odgrywać wielką rolę. Pojęcie to utrzymywało się w patologii aż do drugiej połowy ubiegłego wieku.

Że poza wzbogaceniem materyału obserwacyjnego, tyczącego się chorób epidemicznych, patologia w tych czasach mały tylko postęp uczyniła, świadczy ujęcie patologii przez jednego z najwybitniejszych lekarzy tych czasów, Jana Baptystę van Helmonta (1578—1644), ucznia Paracelsa, twórcę t. zw. systemu dynamicznego.

Patologia van Helmonta, płynąca z jego poglądu na przyrodę, opartego na nauce chrześciańskiej, zawiera tyleż elementu mistycznego, co patologia Paracelsa.

Według van Helmonta choroby powstają wskutek połączenia się ens reale subsistens in corpore z czynnikiem życia, archeuszem, podległym duszy (causa efficiens, archeus, fermentum), przez co idea archeusza spacza się i archeusz odpada od nieśmiertelnej idei życia. Powstałe przez to zaburzenia sprowadzają wtórnie zmiany poszczególnych narządów, przez zadziałanie na rządzące nimi archeusze drugiego rzędu (archei insiti). Zaburzenia archeuszów drugiego rzędu, które mogą powstać także pierwotnie, przenoszą się w ustroju za pośrednictwem właściwych składników organicznych krwi, które van Helmont określa jako latex sanguinis, a które same również mogą uledz chorobie. Na tej podstawie zbudowana klasyfikacya chorób jest oczywiście zupełnie fantastyczna. W patologii van Helmonta nie brak jednak niektórych trafnych wywodów. Tak n. p. stwierdza on, że siedliskiem nieżytów dróg oddechowych jest nie mózg, który według dawniejszych pojęć miał wytwarzać śluz, ale błona śluzowa, wyścielająca drogi oddechowe; van Helmont sądzi, że w dnie, którą uważa za zaburzenie pierwotne archeusza, latex wytwarza nadmierną ilość kwasu, przez co powstają w stawach znamienne w tej chorobie złogi.

Tymczasem w filozofii XVII w. rozpoczyna się krytyczna analiza życia duchowego na podstawie empiryi wewnętrznej (Renat Descartes (1596—1650), Jan Locke (1632—1704) i in.), co prowadzi do ugruntowania teoryi poznania. Odtąd, w ciągu ostatnich wieków, filozofia rozwija się głównie w dwu kierunkach, które na powstałych w tym czasie teoryach lekarskich wyraźnie się odbiły. Pochodzi to stąd, że zarówno filozofia, jak i nauki lekarskie z tego samego czerpały źródła, oraz stąd, że w ruchu filozoficznym ostatnich wieków lekarze niepoślednią odegrali rolę. Jeden z tych kierunków, materyalistyczny, wskrzeszony przez współczesnych z Kartezyuszem Piotra Gassendiego (1592—1655) i Tomasza Hobbesa (1588—1679), reprezentowany w XVIII w. głównie przez materyalistów francuskich, łączy się pośrednio z filozofią materyalistyczną ostatnich czasów, drugi zaś, wywodzący się od Kartezyusza kierunek idealistyczny, oparty na podstawie empiryczno-psychologicznej, znalazł wyraz w filozofii Barucha Spinozy (1632—1677), Gotfryda Wilhelma Leibnica (1646—1716), Immanuela Kanta (1724—1804), Jana Gottlieba Fichtego (1762—1813), po części w poglądach Artura Schoppenhauera (1788—1860), a potem w filozofii neokantystów.

Na eksperymencie oparte, empiryczne badanie przyrody rozwinęło się w XVII w. najwięcej w Anglii, która w wieku tym wydała Roberta Boyle (1626—1691), chemika i filozofa, któremu nauka zawdzięcza teoryę powinowactwa chemicznego, oraz genialnego Izaaka Newtona (1642—1727), który odkrył prawo ciążenia, stworzył dynamikę, rachunek różniczkowy i oparł fizykę we wszystkich niemal jej działach na podstawach matematycznych. Jako źródło poznania uznawał Newton jedynie obserwacyę, oraz ścisłą analizę.

W naukach lekarskich zaszedł w XVIII w. znaczny postęp; medycyna zaczęła bowiem rozwijać się w tym wieku pod znakiem fizyologii. Przyczyniło się do tego w znacznym stopniu dokładniejsze poznanie anatomii, oraz zastosowanie do badań lekarskich mikroskopu (Marcello Malpighi (1628—1694), Antoni van Leuvenhoeck (1632—1723), Jan Swammerdam (1637—1680), co między innemi dało jedną z głównych podstaw zapoczątkowanej przez Fabrycyusza ab Aquapendente (1537—1619) embryologii przez odkrycie plemników, dokonane w r. 1677 przez Hama.

Na zwrot, jaki się dokonał w tym czasie w medycynie, wpłynęła jednak głównie ta okoliczność, że zaczęto stosować wiadomości, zaczerpnięte z fizyki i chemii do tłómaczenia zjawisk życiowych; zaczęto tłómaczyć ruchy zwierzęce na zasadach fizyki i objaśniać różne zjawiska z dziedziny trawienia, przemiany materyi, oddychania i wytwarzania krwi na podstawach, jakie dawała ówczesna chemia i fizyka. Oparte na takich podstawach przyrodniczych, powstały w XVII w dwie szkoły lekarskie, iatrochemiczna i iatromechaniczna, czyli iatrofizyczna.

Szkoła iatrochemików, której twórcą był Franciszek Delaboe (Sylvius) (1614—1672), wyznawała głównie patologię humoralną i sprowadzała powstawanie chorób przeważnie do nieprawidłowych fermentacyi w ustroju, przyczem »ostrość« soków, zwłaszcza żółci, wielką odgrywała rolę.

Iatromechanicy zaś sprowadzali sprawy chorobne głównie do zmian fizycznych, jakoto do zmian napięcia włókien, mechanicznego zadrażnienia nerwów i t. p. Kierunek iatromechaniczny wywodzi się od fizyologa Alfonsa Borelli (1608—1679), który przez zastosowanie w swoich badaniach sposobów fizycznych przyczynił się znacznie do postępu fizyologii, zwłaszcza mięśni dowolnych, serca i wydzielania.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Simmonds. **O wtórnych nowotworach przysadki i związku ich z z cukrzycą wrzekomą.** (Münch. med. Woch. 1914, Nr 4). S. badał szczegółowo przysadki przy sekcyach i doszedł do przekonania, że wtórne nowotwory w przysadce wydarzają się dość często. W przeciągu roku znalazł 9 takich przypadków. Dodać trzeba, że przerzuty te często wykazać można dopiero drobnowidowo. S. zauważył, że niezmiernie często przerzuty w przysadce spotyka się przy raku sutka (6 przypadków). Klinicznie nowotwory te cechują się nieraz objawami cukrzycy wrzekomej, o czem wspominają i inni autorzy, jak Schmorl, Goldzieher i t. d. Chodzi tu o brak czynności pewnych części przysadki. Z tego też powodu przy nowotworach powinno się bardzo zwracać uwagę na mocz, a gdy n. p. przy raku sutka wykaże się cukrzycę wrzekomą, to obudzić to powinno przypuszczenie przerzutu w przysadce. K.

Welz. **Róża w etyologii cukrzycy.** (Münch. med. Woch. 1914, Nr 8). Wielu autorów wspomina o powstawaniu cukrzycy na tle chorób zakaźnych. Pamiętać jednak należy, że nieraz dopiero w przebiegu choroby zakaźnej lekarz, obserwując stale chorego, zwraca uwagę na cukrzycę, która już dawniej istniała. Zaprzeczyć się wszakże nie da, że choroba zakaźna może istotnie wywołać cukrzycę u osoby, która przedtem nigdy cukru w moczu nie miała. Do chorób takich należy też i róża. Dwa takie typowe przypadki opisuje autor; spostrzegano tu także typowe po róży schorzenie trzustki, a w jednym przypadku stwierdzono to i na sekcyi. Również Noorden zwraca uwagę, że często przy chorobach zakaźnych ulegać może zajęciu trzustka. K.

Prof. Brugsch. **Kwas moczowy i usposobienie.** (Zeitscht. f. ärzt. Fort. Nr 5, 1914). Wydzielanie się kwasu moczowego u dorosłych osób przy dyecie bezpurynowej stanowi pewną ilość stałą, która na dobę wynosi 0,3—4 g. Ilości stałe ponad 0,4 uważamy już za wysokie wydzielanie się kwasu moczowego. U chorych na dnę ta stała ilość może wynosić 0,1—0,3 g. Jeszcze niższe ilości stałe spotykamy w dnie w połączeniu z marskością nerek. Przemianą ciał purynowych kieruje ośrodek, znajdujący się w rdzeniu przedłużonym, a w przemianie tej pierwszorzędną rolę odgrywa wątroba. Wzmożone wydzielanie się kwasu moczowego podczas samego napadu dny, albo poza napadem, uwarunkowane jest silnem podrażnieniem nerwowem tego ośrodka. U ludzi z usposobieniem dnawem nawet bez wykroczeń w dyecie znajdujemy wzmożone lub zmniejszone wydzielanie się kwasu moczowego; to samo zdarzyć się może u ludzi pozornie najzupełniej zdrowych, mających jednak ukrytą dnę. Co się tyczy pierwszej kategoryi ludzi, to są to często ludzie nerwowi, psychopaci; spotykamy u nich wzmożone wydzielanie się kwasu moczowego. Temu wzmożonemu wydzielaniu się kwasu moczowego towarzyszy ból głowy, poty, przygnębienie, ogólne niedomaganie. Atofan w tych przypadkach daje bardzo dobre wyniki. Dna, przez upośledzenie w przemianie ciał purynowych, nie pozostaje bez wpływu na tkankę nerwową, na sprawy fermentacyjne i fizyczno-chemiczne w ustroju. Stąd na tle dnawem powstają zaburzenia w układzie nerwowym, w mięśniach, w stawach, często nawet bez napadów dnawych. I tutaj leczenie atofanem działa skutecznie przy jednoczesnem ograniczeniu spożywania mięsa i alkoholu. Podobnie, jak zdarza się płonica bez wysypki, tak bywa i dna bez napadów dnawych. To usposobienie dnawe rozpoznajemy po pewnych objawach. W celach leczniczych ważne jest zastosowanie takiej dyety, którąby wpływała na zmniejszenie się wytwarzania w ustroju kwasu moczowego, wogóle dyeta o małej ilości mięsa i bezalkoholowa. W okresie przedmiażdżycowym spotykamy zatrzymanie się kwasu moczowego we krwi, czem również możemy sobie wytłómaczyć rozmaite dolegliwości, na które w tym okresie chorzy tacy się uskarżają. Również zatrzymaniem się kwasu moczowego we krwi objaśniamy bóle w stawach u chorych z marskością nerek i wysokiem ciśnieniem krwi. Duże ilości kwasu moczowego we krwi przyczyniają się do powstania przewlekłych zapaleń stawów. Przy dnawych zmianach stawów (arthritis urica), podobnie jak przy zapaleniu zniekształcającem stawów, złogi kwasu moczowego znajdujemy na końcach kości, na końcach chrząstek i kości w stawach. I tutaj zastosowanie odpowiedniej dyety i leczenie atofanem da dobre wyniki. Tadeusz Kon.

Skórczewski i Sohn. **Wpływ leczenia radem na przemianę materyi u dnawych.** (Zeitschr. f. exp. Path. u. Ther. Tom XIV. 1., 1913). Na podstawie swych badań dochodzą autorowie do następujących wyników: Leczenie radem nie upośledza zupełnie ogólnego bilansu przemiany materyi, wyrażającego się ostatecznie w przyroście wagi, chorzy bowiem przybierali znacznie na wadze w czasie leczenia. Również nie spostrzegali autorowie wpływu radu na wzmożenie rozpadu białka w ustroju. W pięciu na sześć przypadków zauważono wzmożenie wydzielania moczu, które u czterech chorych utrzymywało się stale. W 4. i 5. dniu leczenia radem można było u 4 chorych stwierdzić pewne zaburzenia w wydzielaniu azotu, kwasu moczowego, siarki mineralnej i obojętnej, mianowicie wzmożenie wydzielania tych substancyi, które autorowie w swych badaniach chemicznych uwzględnili. U 2 innych chorych wzmożone wydzielanie dotyczyło tylko kwasu moczowego i siarki obojętnej, wydzielanie kwasu moczowego szło zawsze i stale w parze z wydzielaniem siarki obojętnej. Po równoczesnem podaniu atofanu i nukleinianu sodowego wydzielanie kwasu moczowego i siarki obojętnej było w czasie leczenia radem większe, niż w okresie przed leczeniem. Autorowie wnoszą ze swych badań, że wpływ radu na ustrój polega na zmniejszeniu zdolności utleniającej. N.

Zarys historyi Towarzystwa lekarskiego w Lublinie w ciągu czterdziestolecia

napisał

Dr Aleksander Jaworowski

(Odczyt na uroczystem posiedzeniu jubileuszowem Towarzystwa lek. lubelskiego 30. V. 1914).

Powołany wolą współkolegów do skreślenia kroniki naszego Towarzystwa za ubiegłych lat 40, podjąłem się tego obowiązku, aczkolwiek, wyznać to muszę, z pewną obawą, czy potrafię mu sprostać. Trudność wydawała mi się leżeć w tem, że sam osobiście w ciągu 35 lat spełniałem różne czynności w zarządzie Towarzystwa. Sądzę jednak, że przedstawiwszy rzecz bezstronnie, spełnię włożony na mnie obowiązek sumiennie.

Zanim przystąpię do właściwego przedmiotu, pozwolę sobie cofnąć się w przeszłość i wydobyć z niepamięci kilka nazwisk z historyi Lublina, mających związek z medycyną lubelską.

Najpierwszym godnym wspomnienia faktem jest założenie pierwszego w mieście szpitala św. Ducha w r. 1342 na 12 chorych, wybudowanego wraz z kościołem pod temże wezwaniem z ofiar publicznych. Szpital ten przetrwał kilka wieków i po otwarciu nowych większych szpitali zamieniony został na przytułek dla starców (w połowie z. w. przeniesiony do innego budynku przy ul. Grodzkiej).

Drugim faktem, doniosłym pod względem higieni-

cznym, jest urządzenie wodociągów miejskich. Przywilej na nie był wydany w r. 1505, otwarcie jednak nastąpiło dopiero w r. 1535 za Zygmunta I. Przetrwały one do drugiej połowy XVII w. i uległy zniszczeniu podczas wojen szwedzkich. Czerpanie wody odbywało się z rz. Bystrzycy powyżej miasta.

W okresie złotego wieku mamy w Lublinie i w okolicach jego kilku sławnych lekarzy. Najsławniejszym jednak z pomiędzy nich jest bez zaprzeczenia Wojciech Oczko, ur. w r. 1537 w Warszawie, zmarły w Lublinie jako obywatel miejski w r. 1599, pochowany w kościele Bernardynów, w którym brataniec Wincenty, również lekarz i kanonik gnieźnieński, wystawił mu pomnik. Był on lekarzem trzech królów i zarazem sekretarzem, »pozyskuje nietylko uznanie ich dla swoich zdolności i biegłości, ale cenią w nim prawość umysłu, naukę i wierność znakomitą«. »Jako człowiek publiczny jest dobrym obywatelem kraju, daje fundusz na szpital przy kościele św. Krzyża, pisze dzieła (Przymiot i Cieplice) i drukuje je własnym kosztem. W licznych ustępach przebija się miłość do kraju, a w przedmowie do Cieplic powiada, że chociaż dokładniej mógłby je napisać po łacinie, ale »polskie Cieplice niech mówią po polsku«.

Jako współczesnych Oczce przytoczyć możemy: Walentego z Lublina, autora dzieła: »O różnych chorobach i ich leczeniu«, który jednocześnie był tłomaczem dzieł obcych i używał podług Siarczyńskiego wielkiej sławy i wziętości. Tenże Siarczyński wymienia jeszcze Tomkowicza, jako słynnego lekarza i Jakóba z Bełżyc, jako człowieka uczonego i sławnego medyka, jak również Marcina z Chmielnik, ur. w r. 1559 w Lublinie, który został profesorem w Bazylei.

Współczesnym był także Marcin z Urzędowa, kanonik sandomierski, lekarz nadworny Jana Tarnowskiego, autor »Herbarza polskiego«, wydanego w Krakowie w 1595 r.

Za panowania Władysława IV bardzo wziętym lekarzem w Lublinie i »szczęśliwym w leczeniu« był Krzysztof Falęcki, rajca miejski.

Na początku panowania Stanisława Augusta wskutek wojen Lublin upada, tak że dopiero w r. 1785 Komisya dobrego porządku z Hryniewieckim na czele oczyszcza miasto z gruzów i błota, brukuje, odnawia bramy i ratusz, jednem słowem porządkuje. W tymże czasie zamieszkał w Lublinie Dr Michał Bergonzoni, ur. w Bononii. Napisał on dzieło »Lublin podług ustaw medyki uważany«, drukowane w Lublinie w r. 1782. Za tę rozprawę mianował go król nadwornym radcą i lekarzem swoim, później naczelnym lekarzem wojsk Rzpltej. Książe Józef w r. 1807 mianuje go powtórnie naczelnym lekarzem, którym Bergonzoni pozostaje do r. 1812. Był członkiem Towarzystwa przyjaciół nauk. 40 lat życia poświęcił nowej ojczyźnie.

W końcu XVIII i na początku XIX w. mieszkał w Lublinie i tu zmarł Dr Józef Sztejn, ur. w Austryi około 1760 r., który uwiecznił się zapisaniem w r. 1827 całego swego majątku na cele społeczne, a mianowicie 60.000 złp. na stypendyum dla studenta lub studentów medycyny Uniwersytetu warszawskiego, 20.000 złp. na szpital Szarytek, 5.000 złp. na szpital Bonifratrów, 1000 złp. na Towarzystwo dobroczynności, »chcąc się wywdzięczyć obywatelstwu m. Lublina za tyle doznanych dla siebie dowodów przychylności«, nadmieniając, »że prawo własności tej sumy nie do rządu, ale do ogółu miasta należeć będzie«, że „pobieranie stypendyum żadnych na pobierającego nie wkłada obowiązków«. (Stypendystą był m. i. Karol Jonscher, Lublinianin). Sąd współczesny o Sztejnie opiewa: »Doskonały doktór, w przyjaźni był stałym, w towarzystwie miłym, dla ubogich miłosiernym. Zgoła obywatelem poczciwym«. Z późniejszych po nim lekarzy wielką wziętością i uznaniem w mieście cieszyli się Okorski, Krzyżanowski, Szczygielski.

Na początku XIX stulecia Lublin posiadał kilka kulturalnych instytucyi, mianowicie: Towarzystwo dobroczynności, założone w 1815 r., Towarzystwo przyjaciół nauk, założone w rok później; w tymże roku wznowiono tutaj Towarzystwo rolnicze, które istniało za czasów Księstwa Warszawskiego.

Po roku 1831 instytucye te znikają z widowni, z wyjątkiem Towarzystwa dobroczynności, które w roku przyszłym obchodzić będzie stulecie swego istnienia.

Powstała później Resursa miejska, skupiająca choć trochę życie umysłowe, przestała istnieć po r. 1863. Następujący dziesiątek lat nie miał zatem żadnej kulturalnej instytucyi, którąby inteligencyę miejscową jednoczyła choćby tylko pod względem towarzyskim, nie mówiąc już o umysłowym. Potrzeba takiego ogniska dla wzajemnego kształcenia się, podtrzymywania się, ułatwienia w pracy, dawała się odczuwać lekarzom więcej, aniżeli innym zawodowcom. Toteż nic dziwnego, że pierwsi promotorzy myśli założenia Towarzystwa, koledzy Janiszewski, Jankowski i Talko, znaleźli wszystkich kolegów gotowymi do przystąpienia i zapisania się na członków założycieli.

Grono kolegów lubelskich w 1874 r. w liczbie 17 stanowili Ignacy Chrzanowski, Maurycy Ciechoński, Henryk Downar, Gustaw Doliński, Feliks Głogowski, Aleksander Janiszewski, Michał Jankowski, Adam Jentys, Juliusz Kwaśniewski, Adam Pankiewicz, Edmund Sachs, Ludwik Szmidt, Tomasz Surzycki, Józef Talko, Benjamin Tetz, Józef Ulanowski, Tomasz Żyliński, oraz aptekarze: Ksawery Russyan, Lucyan Czerwiński, Franciszek Mazurkiewicz, Maksymilian Otto, Władysław Rożański, Bronisław Szulc i August Szmiersztejn.

W tej liczbie było dwóch wychowańców Uniwersytetu wileńskiego, jeden krakowskiego, 2 Szkoły głównej warszawskiej, 3 dorpackiego, 4 petersburskiego, 4 kijowskiego, 1 moskiewskiego. Tym sposobem na terenie Towarzystwa lubelskiego podały sobie ręce dwie najstarsze polskie uczelnie lekarskie, krakowska i wileńska, z najmłodszą — warszawską.

Pierwsze inauguracyjne posiedzenie odbyło się dnia 4. lipca 1874 r. i dzień ten ustanowiono na wszystkie doroczne zebrania ogólne. Posiedzenia zwyczajne postanowiono odbywać w dniu 4. każdego miesiąca.

Pierwsze wybrane prezydyum stanowili: Kwaśniewski (prezes), Głogowski (wiceprezes), Talko (sekretarz), Russyan (skarbnik). W ciągu pierwszego roku istnienia przystąpili do Towarzystwa dwaj najmłodsi, Ciepielewski i Jaworowski, i prawie wszyscy koledzy prowincyonalni zamieszkali w gubernii, oraz aptekarze i weterynarze (zgodnie z ustawą), tak, że w końcu pierwszego roku lista wynosiła 64 członków czynnych i 9 korespondentów, razem 73.

Z tej liczby po latach 40, dziś pozostał przy życiu tylko jeden, piszący te słowa.

Prezesami w ciągu 40-lecia byli: Kwaśniewski, Janiszewski (dwukrotnie), Jaworowski (dwukrotnie), Głogowski, Eligiusz Kuszelewski, Władysław Tołwiński i obecny Stanisław Dobrucki; wiceprezesami, oprócz wyżej wymienionych: Downar, Gustaw Doliński, Tetz, Sachs, Władysław Olechnowicz, Arnstejn i obecny Czesław Czerwiński. Sekretarzowali: Talko, Doliński, Zdanowicz, Olechnowicz, Radomyski, Czerwiński, Majewski, Modrzewski, Dziemski i obecny Jasiński. Bibliotekarzami byli: Jaworowski (wydał pierwszy katalog biblioteki), Jaczewski (I suplement), Cynberg (II suplement), Modrzewski, Chodźko i Rotkel.

Członkami honorowymi Towarzystwa w ciągu 40-lecia byli dziś już nieżyjący: Józef Majer, Włodzimierz Brodowski, Ksawery Gałęzowski, Marceli Nencki, Feliks Głogowski, Julian Kosiński, Edward Korczyński, Eligiusz Kuszelewski, Aleksander Janiszewski, Henryk Jordan, Henryk Hoyer, i żyjący: Ignacy Baranowski, Ludwik Rydygier, Bolesław Wicherkiewicz, Władysław Biegański, Tadeusz Browicz, Heliodor Święcicki, August Kwaśnicki, Napoleon Cybulski i Aleksander Jaworowski.

Ze zmarłych członków najwybitniejszemi jednostkami w życiu naszego Towarzystwa, górującemi bądź umysłem,

bądź charakterem, bądź nareszcie obywatelskimi czynami, byli: Głogowski, Janiszewski, Surzycki, Tetz, Downar i Kuszelewski. Cześć ich pamięci! O Kuszelewskim dodać tu winienem, że cały swój majątek zapisał na cele oświatowe i filantropijne.

Towarzystwo w ciągu swego istnienia starało się w miarę sił i możności wypełnić swe obowiązki, dążąc stale za postępem wiedzy, było jednocześnie instytucyą regulującą stosunki koleżeńskie i wpływającą dodatnio na etykę.

Na działalność naukową Towarzystwa składali się wszyscy, każdy przynosił jakąś cegiełkę, czyto z umiłowanej jakiejś gałęzi medycyny w formie wykładu, odczytu oryginalnego, bądź też referatu, czy też demonstracyi chorych z przemówieniami, lub pokazów preparatów, narzędzi lub środków opatrunkowych.

W pierwszem dwudziestoleciu nie było jeszcze zróżniczkowania specyalności, ale zaczęły się już one zarysowywać, i tak: z zakresu medycyny wewnętrznej podawali w Towarzystwie prace Doliński, Głogowski, Janiszewski, Olechnowicz, Tetz i Żyliński; z chirurgii Janiszewski, Jankowski, Talko, Zagórski; z ginekologii Schmidt i Jaworowski; z okulistyki Downar i Talko; z pedyatryi i elektroterapii Jaworowski; z antropologii Olechnowicz; z zakresu społecznego Doliński.

W drugiem dwudziestoleciu na pierwsze miejsce wystąpiła w Towarzystwie chirurgia i ginekologia operacyjna, lwią część prac z tych gałęzi dostarczyli koledzy Dobrucki, Zagórski, Majewski i Czerwiński; obok tego jednak poważne prace z medycyny wewnętrznej przedstawili Arnstejn, Dziewiszek, Rudzki, Malewski, Klarner Szymon i Jan; z neurologii Chodźko, Biernacki; z dermatologii i syfilidologii Jaczewski; z balneologii i klimatologii Puławski; ze statystyki, antropometryi i higieny (szczególniej szkolnej) Tołwiński.

Prace wszystkie były drukowane w rocznikach Towarzystwa, wydawanych do r. 1891, gdy zaś z powodów językowych roczniki przestały wychodzić, wiele z prac pomieszczanych było w czasopismach lekarskich polskich (Gazeta lekarska, Medycyna, Przegląd lekarski, Łódzkie Czasopismo lekarskie).

W pierwszem dwudziestoleciu liczba prac z medycyny wewnętrznej wynosiła 364, z chirurgii 168; przewaga dla pierwszej wynosi 196. W drugiem dwudziestoleciu odwrotnie: z medycyny wewnętrznej prac 446, z chirurgii zaś 669, przewaga dla drugiej wynosi prac 223.

Dla wykazania, jak stopniowo przenikały do Towarzystwa nowe teorye, metody leczenia, operowania i t. p., oraz co Towarzystwo zdziałało w dziedzinie społeczno-lekarskiej, pozwolę sobie chronologicznie przejść ważniejsze chwile w życiu naszego Towarzystwa.

I tak: w r. 1875 wykonywa Jankowski pierwszą owariotomię w Lublinie i zdaje z niej sprawę. W tymże roku Jaworowski zaprowadza poraz pierwszy demonstracye mikroskopowe preparatów anatomopatologicznych.

W r. 1876 Zagórski przywozi z zagranicy pierwsze wiadomości o metodzie i opatrunki oryginalne Listera, które wkrótce przyjmują się we wszystkich szpitalach.

W r. 1886 Dobrucki przedstawia w Towarzystwie poraz pierwszy bakterye i ich barwienie.

W r. 1889 Jaworowski poraz pierwszy zdaje sprawę o metodzie Apostolego (nieznanej dotąd u nas) i o własnych wynikach ze stosowania tejże metody w ginekologii.

W r. 1890 Dobrucki i Arnstejn dają wyczerpujące sprawozdanie z Berlina o tuberkulinie Kocha. Około tego czasu Dobrucki wprowadza aseptyczne urządzenia w szpitalu żydowskim, daje przykład innym szpitalom i wchodzi na pole wielkiej chirurgii.

W r. 1894 tenże Dobrucki wykonywa pierwszą w kraju symfizeotomię z dobrym wynikiem. W r. 1902 Dobrucki i Biernacki przedstawiają w Towarzystwie poraz pierwszy intubacyę. W r. 1908/9 kol. Jaczewski i Modrzewski po powrocie z zagranicy i sprowadzeniu przyrządów Roentgena demonstrują je członkom Towarzystwa i prowadzą odtąd pracownie w szpitalach św. Wincentego a Paulo i św. Józefa.

W ciągu 40-letniego istnienia Towarzystwa zauważyć się daje kilkakrotne wyczerpanie i następne wzmożenie działalności. Pierwszy niebezpieczny okres zniechęcenia i apatyi nastał po upływie pierwszych lat 12 i był wywołany kłopotami finansowymi, wskutek wykreślenia się znacznej części członków prowincyonalnych, zalegania w opłacie składek członkowskich i braku odpowiedniego pomieszczenia dla Towarzystwa. Zniechęcenie posunęło się do tego stopnia, że słowo: »zamknąć Towarzystwo«, rzucono na jednem z posiedzeń. Wtedy obrona, podjęta przezemnie, zdołała dodać bodźca obojętnym, otuchy wątpiącym, wszystkich skłoniła do ofiarności z jednej, a zrobienia możliwych oszczędności z drugiej strony i — przetrwaliśmy.

Ostatnia niemoc Towarzystwa odnosi się do lat 1905—1909. Wojna, przymusowa emigracya kolegów, rozpolitykowanie i powstanie stronnictw między pozostałymi — fatalnie się odbiły na ruchu naukowym w Towarzystwie, posiedzenia nie dochodziły do skutku, życie prawie ustało. Tego rodzaju objawy, o ile wiem, były prawie we wszystkich stowarzyszeniach. W ostatnich latach powoli następował powrót do normalnej pracy. Dla przykładu przytoczę, że gdy w r. 1903/4 było odczytów 11 i 98 demonstracyi, to w r. 1906 ani jednego odczytu i tylko 30 demonstracyi, a w r. 1910/11 już było odczytów 13 i demonstracyi 32.

W tym ostatnim okresie powrotu do pracy zapisać należy ważne prace Dobruckiego (o wgłobieniach, skrętach kiszek, o chirurgii przewodów żółciowych, o ciąży zewnątrzmacicznej), Czerwińskiego referat o cystoskopii, ciąży zewnątrzmacicznej z donoszonym płodem, o postępach położnictwa w zakresie wykonawstwa lekarza praktyka.

Referaty z otyatryi przedstawiali kol. Czarnecki i Żebrowski.

Z zakresu medycyny wewnętrznej referowali: Arnstejn o wartości szczepionek przeciwcholerycznych, o obecnym stanie poglądów na istotę leczenia biegunki oseseków, Dziemski o dżumie, tenże wspólnie z Tymińskim o odporności wrodzonej i nabytej, Borsukiewicz o leczeniu czerwonki i Jasiński o nowszych badaniach z dziedziny czerwonki.

Obok pracy naukowej podejmowało Towarzystwo nasze i prace społeczne, mianowicie z inicyatywy jego powstaje w r. 1880 pierwsze w Lublinie ambulatoryum bezpłatne dla biednych chorych przy szpitalu św. Wincentego, które członkowie Towarzystwa zobowiązali się kolejno prowadzić. Dalej urządza Towarzystwo odczyty publiczne popularne na korzyść Kasy wsparcia wdów i sierot po lekarzach w Warszawie (Doliński, Zagórski, Olechnowicz, Villaume i Jaczewski). W r. 1896 wyłania się w Towarzystwie sekcya higieniczna, w której poruszano różne sprawy. dotyczące higieny miasta. W r. 1898, po naradzie z kolegami zamieszkałymi na prowincyi, wyłania się komisya, która opracowała »Projekt służby zdrowia dla ludności w gubernii lubelskiej« (Doliński i Biernacki). W r. 1902 zapada w Towarzystwie na wniosek Tołwińskiego uchwała — utworzenia filii Towarzystwa higienicznego warszawskiego, która wkrótce się urzeczywistnia. Również w tymże roku rzucono poraz pierwszy w Towarzystwie myśl założenia szpitala dziecinnego w Lublinie. W 10 lat później myśl ta urzeczywistnia się dzięki pp. Vetterom. W tymże roku utworzono przy Towarzystwie komisyę przemysłowo-lekarską, która okazała nadzwyczajną ruchliwość i włożyła dużo pracy w kierunku popierania swojskich wód, przetworów farmaceutycznych i narzędzi chirurgicznych z pominięciem zagranicznych, specyalnie niemieckich. Duża zasługa w tym kierunku należy się kol. Chodźce. Oddźwięku należytego jednak nie znaleźliśmy wtedy, a w 6 lat później otrzymaliśmy wezwanie do podjęcia tejże samej pracy.

W r. 1904 wskutek mego wniosku powstaje z ofiar dobrowolnych członków Towarzystwa fundusz pomocy dla rodzin kolegów, zmuszonych udać się na Wschód. W r. 1907 z powodu zbliżającej się cholery powstaje w Towarzystwie projekt rozszerzenia sieci wodociągowej na przedmieścia lubelskie, pozbawione dobrej wody.

Ostatnią sprawą ogólnej natury, jaką się Towarzystwo nasze w bieżącym już roku zajmowało, to kodeks deontologii lekarskiej.

Dla zadokumentowania, jak na tę sprawę zapatrywano się przed 40 laty, pozwolę sobie przytoczyć końcowy ustęp z przemówienia Dr Janiszewskiego, wypowiedzianego na drugiem posiedzeniu Towarzystwa: »Wytępiać z serc naszych rozrosłe chwasty zawiści i nieporozumień, dbać o dobrą sławę współtowarzyszy i umieć jej bronić w razie potrzeby, na drobne usterki stowarzyszonych patrzeć z pobłażaniem i umieć je przebaczać, — to zdaniem mojem pierwsze godło sztandaru, »koleżeństwo«. Pracować nad umiejętnością, ściśle badać, badania w sumienne i naukowe układać spostrzeżenia, ogłaszać je z przynależną uczonym skromnością — to znaczy hołdować godłu »nauka«. Spełniać sumiennie podjęte obowiązki praktyczne, w traktowaniu chorych mieć na względzie przedewszystkiem ich dobro, nie zaś chęć wykazania tak często praktykowanej mniemanej swojej wyższości, — usuwać, o ile to można, szkodliwe dla zdrowia wpływy, wykorzeniać zastarzałe przesądy, o ile tego wymaga po nas nauka, postępowaniem sumiennem i honorowem wzbudzać szacunek dla naszego zawodu wogóle, — oto złożyć dowody, jak pojmujemy obywatelstwo i z jakiej strony patrzymy na godło sztandaru »społeczeństwo«.

Słowa powyższe wyprzedziły na wiele lat ogłoszone później kodeksy etyki lekarskiej, jednak nie przestały być aktualne i dziś, i zdaje mi się, że i w przyszłości powinny być wypisane złotemi głoskami w Towarzystwach, a co ważniejsza — wyryte w naszych własnych sercach.

II. Zjazd lekarzy prowincyonalnych Królestwa polskiego

w d. 31. maja i 1. czerwca 1914 w Lublinie.

Sprawozdawca **Dr W. Jasiński** (Lublin).

O godz. 9. rano d. 31 maja otworzył Zjazd przewodniczący komitetu organizacyjnego, Dr St. Dobrucki, zaznaczając, że komitet pragnął nadać Zjazdowi charakter dydaktyczny, dążył przeto do zjednania większej liczby referentów na temat główny (6 odczytów), ułożył program odczytów w porządku ich wagi i znaczenia dla lekarza prowincyonalnego i nie utworzył sekcyi, pragnąc, by wszyscy wysłuchać mogli ciekawszych odczytów. Następnie zawiadomił, że utworzona została komisya uchwał, która przyjmować będzie od mowców i referentów wnioski do uchwał zjazdowych. Przed porządkiem dziennym odczytano prośbę Dra J. Jaworskiego z Warszawy o odpowiedzi na ankietę co do rozmieszczenia lekarzy w Królestwie, jaka rozesłana będzie niebawem przez Stowarzyszenie lekarzy w Warszawie.

Następnie Dr Dobrucki zaproponował w imieniu komitetu na prezesa honorowego Zjazdu Dra Wacł. Lasockiego z Nałęczowa, na prezesów czynnych, Drów: H. Fidlera z Radomia, S. Sterlinga z Łodzi, Szawelskiego z Siedlec i A. Troczewskiego z Kutna; na wiceprezesów Drów: J. Brzezińskiego z Zawiercia, M. Certowicza z Włocławka, Ł. Jedlickiego z Kielc, Br. Malewskiego z Grodziska, J. Putermana z Sosnowca, S. Sitkowskiego z Radzynia. Wardyńskiego z Ostrowca i E. Wiszniewskiego z Siedlec; do sekretaryatu: P. Borsukiewicza, J. Cynberga, J. Czarneckiego, B. Dziemskiego, P. Jankowskiego, Wacł. Jasińskiego, J. Modrzewskiego, L. Płaczkiewicza, S. Prussaka, J. Skibińskiego, K. Tołwińskiego i St. Wąsowskiego z Lublina.

I. posiedzenie.

Prezydyum: Troczewski, Brzeziński, Certowicz.

S. Sterling referuje sprawę regulaminów Zjazdów. — Uchwalono sprawę tę bez dyskusyi przekazać komisyi, złożonej z przedstawicieli Towarzystw lekarskich z prośbą o rozpatrzenie materyału i ogłoszenie wniosków na ostatniem posiedzeniu Zjazdu.

Przystąpiono do wysłuchania odczytów na temat główny: **Postępy w rozpoznawaniu i leczeniu spraw gorączkowych o pochodzeniu ukrytem — (t. zw. kryptogenetycznych).**

Dr J. Brzeziński (z Zawiercia) odczytał w zastępstwie Dra Wł. Biegańskiego pracę jego p. t. **Uwagi ogólne o stanach gorączkowych przewlekłych ukrytego pochodzenia** (drukowana w »Przeglądzie lekarskim« Nr 22, 1914); dyskusyi nad odczytem nie otwarto wobec nieobecności autora.

Dr S. Sterling (Łódź), jako drugi z rzędu referent, przedstawił rzecz p. t.: **Kiedy gorączkę uważać wolno za objaw skrytej gruźlicy płuc?** (drukowana w »Przegl. lek.« Nr 22, 1914).

Dyskusya: a) Dr A. Puławski (Warszawa) zwraca uwagę, że należałoby przedewszystkiem ustalić, co nazywamy ciepłotą prawidłową (normalną): prawie wszystkie podręczniki podają jako normę jeszcze 37^4, gdy w życiu codziennem alarmują nas wzniesienia 37^2—37^3, wywołując obawy co do gruźlicy, zapalenia miedniczek i t. p. Nader ważną jest także poruszona przez prelegenta sprawa prawidłowego mierzenia ciepłoty dobrymi termometrami; u nas niestety w obiegu codziennym bardzo dużo jest lichych termometrów. Co do stanów, w których spotykamy mniejsze lub większe wahania ciepłoty, należy je rozpatrzyć wszechstronniej. Gorączka w blednicy, kategorycznie odrzucana przez Biegańskiego, opisywana była u nas przez Dunina i Gluzińskiego, zresztą i inne choroby krwi (anaemia perniciosa, leucaemia) przebiegają często z gorączką. Następnie wahania ciepłoty częste są, według Gluzińskiego, w chorobie Basedowa, co uwydatnia się przy systematycznem (co 2 godz.) mierzeniu ciepłoty. Trzecim wreszcie stanem, w którym spotykamy wahania ciepłoty, są choroby nerwowe, mianowicie nerwice, jak histerya (Mierzejewski), oraz w życiu codziennem, zwłaszcza u dzieci, wzruszenia, podniecenia i t. p. Tylko systematyczne myślenie i ścisłe zastosowanie metody wyłączania uchronić nas może od błędów rozpoznawczych.

b) K. Rozenfeld (z Częstochowy) zaznacza, że w odróżnianiu blednicy od gruźlicy oddać może usługi badanie lepkości krwi; wykonane zapomocą wiskozymetru Hessa jest ono łatwiejsze od innych badań krwi. W blednicy lepkość krwi wynosi najczęściej 2—3, w gruźlicy — ponad 4. Znaczenie limfocytozy jest względne dla rozpoznania, raczej łącznie ze wzmożoną liczbą eozynofilów wyzyskane być może dla rokowania. Ciśnienie krwi skurczowe jest najczęściej w gruźlicy zmniejszone, rozkurczowe w okresie początkowym może być nieco zwiększone, — z tego powodu ciśnienie tętna jest względnie małe.

c) F. Bączkiewicz (Warszawa) podkreśla, iż w ocenianiu stanów podgorączkowych u dzieci należy uwzględniać czynniki, które mogą u dzieci zdrowych wpływać na podniesienie ciepłoty. Do czynników tych należą: przyjęcie posiłku, ruch, podniecenie nerwowe (zabawa, widowiska i t. p.). Należy także w ocenie gorączki doszukać się innych jej objawów (oprócz wskazówek termometru), a więc stanu tętna, ociężałości i senności dziecka, lub też podniecenia (wypieki na twarzy, szklistość oczu). Należy również zważać na technikę mierzenia; u dzieci lepiej jest mierzyć ciepłotę w pachwinie, niż pod pachą.

d) W odpowiedzi poprzednim mowcom Sterling zaznacza, że niema ścisłej normy (fizyologicznej) wysokości ciepłoty, jak niema ścisłej normy dla liczby tętna i t. p; gorączką nazywać powinniśmy podniesienia ciepłoty, choćby niewielkie, występujące łącznie z innymi objawami. Co do składu krwi i wysokości ciśnienia, to odbijają się tutaj obie sprawy anatomiczne, zachodzące w przebiegu suchot płucnych: sprawa zapalna rozpadowa i sprawa tworzenia się tkanki łącznej; obie te sprawy istnieją współcześnie — bądź jedna, bądź druga zyskuje przewagę; ponieważ n. p. rozedma zwiększa ciśnienie, — więc nietylko wyrównać może obniżenie, wywołane przez gruźlicę rozpadową, lecz nawet spowodować stałe podwyższenie ciśnienia, a rozedma jest bardzo często powikłaniem przewlekłych postaci suchot płucnych.

Następnym z cyklu tematu głównego był odczyt Dra K. Rozenfelda (z Częstochowy): **O przewlekłych stanach gorączkowych pochodzenia migdałkowego i gruczołowego** (drukowany w »Przeglądzie lekarskim« Nr 22, 1914).

Dyskusya: a) F. Erbrich (Warszawa) zaznacza, że należy odróżniać zwykłe przewlekłe zapalenie migdałków (tonsillitis desquamativa chron.) od ropnego (tonsillitis chronica purulenta). Pierwsza postać, znana klinicznie jako migdałki z czopami, zdarza się u wszystkich, którzy przebywali kiedykolwiek ostre zapalenie migdałków. Postać ta nie daje gorączki,—gdy przewlekłe ropne zapalenie migdałków lub ropienie okołomigdałkowe wywołują długotrwałą gorączkę; przez dokładne badanie zarówno samych migdałków, jak ich okolic, zawsze zdołamy wykryć ropę, o ile z ropnem zapaleniem mamy do czynienia; jeżeli jednak badanie dokładne (co powtórnie podkreśla mówca) ropy nie wykrywa, to gorączka przewlekła nie może mieć źródła w migdałkach. O ile ropienie wykryto, należy je usunąć. Rozrywanie mieszków (krypt) udaje się rzadko, gdyż rozerwane blizny znowu powstają i ropa znowu się zbiera; najpewniejszym przeto sposobem jest zupełne wyłuszczenie migdałków. Zropiałych migdałków oszczędzać nie należy, gdyż są one dla ustroju raczej szkodliwe, niż pożyteczne.

b) J. Bączkiewicz (Warszawa) mówi o gruźlicy gruczołów oskrzelowych u dzieci; zgadza się z prelegentem, że tusza dzieci nie wyklucza tej postaci; najczęstszym objawem jest brak apetytu; kaszlu nieraz brak, natomiast częstem jest chrząkanie lub występowanie kaszlu po zmęczeniu (po bieganiu, płaczu). Słusznie prelegent zwrócił uwagę, że nietylko gruźlica, lecz i inne sprawy zakaźne mogą wpływać na schorzenia gruczołów o przebiegu nietylko przewlekłym. Radyoskopia niezawsze daje podstawy do rozpoznania, gdyż obraz zależy od natężenia sprawy i od stanu gruczołów (stwardnienie, zwapnienie); należy zawsze uwzględnić zespół objawów klinicznych. Helioterapia nie dość jest u nas uwzględniana, choć nawet w warunkach naszego klimatu powinna znaleźć zastosowanie.

c) S. Sterling (Łódź) wątpi, czy stwierdzenie zapomocą wywiadów obecności w rodzinie osób kaszlących może mieć wartość rozpoznawczą, skoro 80—90% dzieci miejskich ulega zakażeniu gruźliczemu. S. przypomina następnie o wcieraniach mydła szarego, jako ważnym środku leczniczym.

d) H. Fidler (Radom) wyraża zdanie, że należy 1) badać krew pod względem bakteryologicznym, by ustalić, czy mamy do czynienia z bakteryemią, septikemią, czy toksemią; 2) sprawdzić oddziaływanie flory migdałkowej (w czopach, ew. ropie) na działanie własnej surowicy chorego: odczyn dodatni będzie przemawiać za związkiem gorączki z cierpieniem migdałków. Sprawa jest ważną pod względem praktycznym: uchroni niektórych lekarzy od »rabies tonsillaris«, a chorym oszczędzi zawodu.

e) Wł. Schoenaich (Warszawa): Czopki w migdałkach znajdujemy bardzo często bez żadnych objawów. Na 25 sekcyi, dokonanych w szpitalu im. Karola i Maryi w Warszawie, w 8 przypadkach stwierdzono czopki w migdałkach; w jednym przypadku ropne zapalenie migdałków było istotnie źródłem posocznicy, naogół jednak należy być ostrożnym w uzależnianiu gorączki od spraw zapalnych w migdałkach.

f) Br. Sawicki (Warszawa) podkreśla znaczenie gorączki gruczołowej dla chirurga: występuje ona niekiedy u dzieci po zabiegach operacyjnych, nawet łatwych; nie znajdując przeto w ranie, ani w innych okolicach ciała powodu uporczywie trwających podniesień ciepłoty, należy mieć na widoku możliwość gorączki gruczołowej, by w porę przenieść dziecko w odpowiednie warunki, co wpłynie korzystnie na poprawę. Należałoby może nawet stale przed operacyą poddawać dzieci badaniom rentgenowskim, by się przekonać o stanie ich gruczołów oskrzelowych.

g) Prelegent w odpowiedzi przyznaje, że wiele szczegółów w przemówieniu swem pominął dla braku czasu, są one jednak zawarte w drukowanym już referacie. Zaznacza następnie, że wobec ropni, głęboko ukrytych w migdałkach, rozpoznanie często może być postawione »a posteriori«, t. j. po wyłuszczeniu migdałków, badanie kliniczne daje bowiem częstokroć wynik zupełnie ujemny. Zgadza się z Fidlerem co do konieczności ścisłych badań bakteryologicznych, badań tych jednak niestety jeszcze nie rozpoczęto. Zrozumiałem jest także, jak podnoszą inni mówcy, że tylko zbiór objawów i dłuższa obserwacya rozstrzygać powinny o rozpoznaniu.

W dalszym ciągu Dr I. Watten (z Łodzi) wygłosił odczyt: **O stanach zapalnych wyrostka robaczkowego, dróg żółciowych i trzustki.** Prelegent omówił w krótkości symptomatologię przewlekłych zapaleń wyrostka robaczkowego, dłużej zaś zatrzymał się na etyologii i objawach zapaleń dróg żółciowych, przytaczając szereg przypadków, w których rozpoznanie nastręczało poważne trudności, a operacya wykrywała zgoła nieoczekiwane przeciwieństwa w postaci n. p. braku kamieni przy objawach kamicy żółciowej lub obecności lasecznika okrężnicy w prawidłowych napozór pęcherzykach żółciowych. — Sprawy chorobowe trzustki dla braku czasu nie były poruszone.

Dyskusya: a) Br. Sawicki (z Warszawy) potwierdza trudności rozpoznawcze w wielu przypadkach przewlekłych zapaleń wyrostka robaczkowego i dróg żółciowych. Skargi na bóle nie są zwykle ściśle umiejscowione, a stan podgorączkowy występuje z przerwami. W tych razach tylko kilkakrotne badanie, zwłaszcza podczas napadu lub zaraz po nim, ma znaczenie; n. p. nasilenie miejscowe bólu podczas napadu przemawia za zapaleniem wyrostka robaczkowego. Rozpoznanie to można poprzeć, wlewając obficie wodę lub wdmuchując powietrze do kiszki grubej; dochodząc do kątnicy, woda lub powietrze wywołuje w przypadkach zapalenia wyrostka ból w prawym dole biodrowym. Trzeba atoli zaznaczyć, że ten sposób może się okazać zawodnym: przewlekłe bowiem zapalenie kątnicy lub zrosty okołokątnicze mogą dać objaw podany; niepomierna ruchomość kątnicy, zastój kału w niej i owrzodzenia mogą także być przyczyną gorączki i nieokreślonych bólów, — nieraz dopiero operacya prostuje wadliwe rozpoznanie. Pod względem leczniczym, niestety, w tych razach i operacya zawodzi.

b) K. Rozenfeld (Częstochowa) zaznacza, że gruźlica, zwłaszcza w okresach początkowych, może wywoływać cierpienia wyrostka robaczkowego, przebiegające czasami pod postacią typowej kolki. W kilku przypadkach, operowanych z tego powodu, nie stwierdzono w wyrostku żadnych zmian anatomicznych; możnaby przypuścić zaburzenie czynnościowe na tle toksycznem (Poncet).

c) A. Zawadzki (Warszawa) zwraca uwagę na wrażliwość krezki wyrostka robaczkowego w stanach zapalnych; od tej wrażliwości zależy ból przy wypełnianiu jelita grubego wodą lub powietrzem; bolesność krezki stwierdza się również przy operacyach w znieczuleniu miejscowem, kiedy pociąganie krezki daje uczucie bólu w dołku piersiowym. Po wypełnieniu jelita grubego bizmutem możemy podcza_s_

rentgenoskopii, odsuwając palcami jelito ślepe, również wywołać ból w dołku piersiowym wskutek pociągania krezki wyrostka. Rozpoznanie różniczkowe pomiędzy stanami zapalnymi wyrostka robaczkowego i dróg żółciowych, oraz innemi cierpieniami jamy brzusznej jest nieraz niermiernie trudne i najbardziej wytrawni badacze, rozporządzający ogromnym materyałem (bracia Mayo z Rochester) stawiają je nieraz dopiero po otwarciu jamy brzusznej.

d) A. Majewski (Lublin) podnosi współczesne występowanie zapaleń wyrostka i pęcherzyka żółciowego wraz z opuszczeniem nerki; — obraz to dość częsty, należy przeto w odpowiednich przypadkach tak prowadzić cięcie, by można było zbadać jamę otrzewnej i usunąć przyczyny doszczętnie. Operując »à froid«, należy usuwać wszystkie zrosty, gdyż zaniedbanie tego jest przyczyną nawrotu objawów chorobowych po operacyi doszczętnej wyrostka robaczkowego.

e) I. Watten odpowiada mówcom poprzednim, że rozpoznanie jest częstokroć bardzo trudne, lecz błędy zdarzają się częściej ze zbyt pochopnych wskazań do operacyi; nawroty cierpień po wycięciu wyrostka niewątpliwie częściej wynikają z mylnego rozpoznania, niż z powodu wadliwej techniki operacyjnej.

Seryę odczytów na przytoczony wyżej temat główny zakończyły prace: **O zakażeniach dróg moczowych**, K. Rogozińskiego (z Lublina), oraz: **Cierpienia narządów rodnych kobiecych**, Cz. Czerwińskiego (z Lublina), (drukowane w »Przegl. lek.» Nr 24).

Dyskusyę na tymi odczytami odroczono do II. posiedzenia (popołudniu), lecz wskutek nieobecności zapisanych do głosu, na początku tego posiedzenia przemawiał tylko T. Meyer (z Tomaszowa) w sprawie odczytu Czerwińskiego. Meyer opisał przypadek guza przydatków: prawostronny krwiak macicy dwurożnej (haematometra uteri didelphi) przy prawidłowem miesiączkowaniu z lewej połowy macicy.

W ten sposób zakończono rozprawy nad tematem głównym, przechodząc do luźnych odczytów, zgłoszonych na Zjazd. (C. d. n.).

Na posiedzeniu końcowem w d. 1. VI. powziął Zjazd następujące **uchwały**:

1) Zważywszy, że ścisłe określenie ciepłoty ustroju jest sprawą pierwszorzędnej wagi, Zjazd zwraca uwagę na nieścisłość powszechnie używanych t. zw. termometrów kieszonkowych i zaleca używanie ciepłomierzy typu szpitalnego, bezwzględnie sprawdzonych.

2) Każdy lekarz, nim osiedli się na prowincyi, powinien odbyć praktykę na oddziałach szpitalnych.

3) Pożądane jest wprowadzenie nauki higieny w szkołach wyższych i niższych, szkołach rolniczych, seminaryach duchownych i nauczycielskich, oraz do szkół ludowych w postaci pogadanek.

4) Pożądane jest wobec spodziewanych prac sanitarnych w samorządzie prowadzenie statystyki wogóle, a chorób zakaźnych w szczególności.

5) Wobec częstych przypadków gorączek połogowych na wsi, zaleca się lekarzom zorganizowanie pogadanek dla babek i zalecanie im ostrożności w badaniu położnic.

6) Wystąpić do Towarzystwa naukowego z wezwaniem, aby na żądanie lekarzy rozsyłało wyjałowione probówki oraz badało krew co do odczynu Wassermanna po cenie bardzo nizkiej, a w razie potrzeby, według uznania lekarza, darmo.

7) Polecić komitetowi Zjazdu ułatwienie lekarzom uzupełnienia ich wiedzy fachowej.

8) Ponieważ większość młodych lekarzy, udających się na prowincyę, pierwsze lata praktyki odbywa w szpitalach warszawskich, Zjazd postanawia wyzyskać zamierzenia zarządu szpitali warszawskich co do zwiększonej liczby asystentów i ich uposażenia.

9) Zjazd poleca, jako pożądane, urządzenie przez szpitale conajmniej leżalni i altan, umożliwiających chorym gruźliczym korzystanie z działania promieni słonecznych.

10) Zjazd uważa za pożądane wydanie w druku odczytu Dra Chodźki.

11) Zjazd uważa, że lekarze powinni prowadzić walkę z alkoholizmem nietylko słowem, lecz i osobistym przykładem.

12) Zjazd potępia lekarzy, którzy w stosunku do chorych kierują się innymi względami ponad dobro chorego.

13) Organem wykonawczym Zjazdu ma być komitet organizacyjny Zjazdu aż do chwili zawiązania komitetu organizacyjnego następnego Zjazdu.

14) Zjazd poleca komitetowi opracowanie i obmyślenie wprowadzenia w wykonanie »Wzajemnego ubezpieczenia lekarzy na życie«.

15) Zjazd wzywa Tow. lekarskie lubelskie do zwołania posiedzenia specyalnego dla szczegółowego zapoznania się i omówienia walki z twardzielą.

16) Zjazd uważa za pożądane, aby wszyscy lekarze, w miarę możności, należeli do jednego z towarzystw lekarskich.

I. Zjazd higienistów polskich we Lwowie.

Program Zjazdu przedstawia się w krótkości, jak następuje:

W sobotę d. 18. lipca wieczorem zebranie członków i towarzyszących im osób dla wzajemnego zapoznania się. W niedzielę d. 19. lipca przed południem uroczyste otwarcie Zjazdu, przemówienia delegatów, wykład inauguracyjny i wykład o walce z gruźlicą. W niedzielę popołudniu od godz. 3—6 posiedzenia w poszczególnych sekcyach. Tegoż dnia o godz. 6 popołudniu popisy drużyn w Parku zabaw ruchowych, połączone z festynem na placu powystawowym. W poniedziałek i wtorek, zarówno rano, jak popołudniu, obrady w sekcyach, jakoteż posiedzenia zbiorowe. We środę przedpołudniem uroczyste zamknięcie Zjazdu, odczyt o walce z alkoholizmem. W czasie Zjazdu godziny wolne od obrad poświęcone będą na zwiedzanie wzorowych zakładów leczniczych, urządzeń higienicznych, dalej osobliwości i zabytków miasta, wreszcie na krótkie wycieczki w okolice Lwowa. Wieczorami odbędą się przyjęcia towarzyskie. Po Zjeździe zaś rozpocznie się szereg wycieczek krajoznawczo-balneologicznych, które podzielone będą na trzy główne grupy, a mianowicie: wschodnio-galicyjską, środkowo-galicyjską i zachodnio-galicyjską. Pierwsza zwiedzi dolinę Prutu, dolinę Oporu i przez Rymanów, Iwonicz zdąży do Krynicy, połączywszy się po drodze z drugą, której pierwszym etapem będzie Truskawiec i borysławskie kopalnie nafty. Punktem zbornym obu tych grup będzie obóz skautów pod Skolem. Trzecia wycieczka wyruszy na Kraków do Zakopanego, a stamtąd przez Nowy Targ, Czerwony Klasztor uda się słynną z piękności drogą przez Pieniny w łodziach do Szczawnicy. Wszystkie trzy grupy zjadą się wreszcie w Krynicy, gdzie w niedzielę dnia 26. lipca Zarząd zdrojowy przyjmie gości uroczyście. Urozmaicony ten program, podany tu jedynie w zarysie, pociągnie niewątpliwie wielu zwolenników, przysparzając z jednej strony korzyści naszym zdrojowiskom, z drugiej zaś dając uczestnikom Zjazdu sposobność nietylko miłego spędzenia czasu, ale i poznania niejednego pięknego zakątka kraju. Szereg wykładów zorganizowanych po drodze ułatwi wycieczkowcom zapoznanie się z rozwojem naszej klimatyki, zdrojownictwa i turystyki. Samo zaś n. p. zwiedzanie obozu skautów i przyjrzenie się zbliska ich ćwiczeniom, o których wielu z nas ma tylko niedokładne pojęcie, przyczyni się znakomicie do zainteresowania się wycieczkami. Jakkolwiek szczegóły programu wycieczek po ostatecznem ustaleniu rozkładu jazdy i cen będą niejednokrotnie ogłoszone, pożądane byłoby już obecnie zgłaszanie uczestnictwa. Zgłoszenia te przyjmuje i wyjaśnień udziela gospodarz Zjazdu higienistów Dr Witold Ziembicki, ulica Bielowskiego 6, we Lwowie.

II. Zjazd internistów polskich we Lwowie

w dniach 21. i 22. lipca 1914.

(Dalszy ciąg zgłoszonych wykładów).

Z kliniki lekarskiej Uniwersytetu lwowskiego: 47) O wartości praktycznej kolorymetru Autenrietha-Koenigsbergera dla celów klinicznych. Kol. Elektrowicz jun. 48) Uwagi anatomiczne, anatomopatologiczne i kliniczne nad wrzodem dwunastnicy. Kol. prof. A. Gluziński. 49) Dalsze spostrzeżenia nad moją metodą badania chorób żołądka z uwzględnieniem modyfikacyi Kochera. Kol. prof. A. Gluziński. 50) Obraz kliniczny cukromoczu nerkowego. Kol. Reichenstein. 51) Myelosis aleukaemica i subleukaemica. Kol. Reichenstein. 52) O cukromoczu i zależności cholesteryny we krwi (cholesterinaemia) u ciężarnych i w pewnych przypadkach chorobowych. Kol. Sohn. 53) Cholesterynemia a nadnercze. Kol. Tomaszewski. 54) Zachowanie się cukromoczu pokarmowego u człowieka zależnie od czasu wprowadzenia adrenaliny do ustroju. Kol. Tomaszewski. 55) Zmiany histologiczne w płucu zwierząt pod wpływem sztucznej odmy piersiowej. Kol. Tomaszewski. 56) Przyczynek do powstawania kwasu szczawiowego pod wpływem dyety owsianej i głodówki. Kol. Węgrzynowski.

Komitet zjazdowy uprasza Sz. Kolegów o rychłe nadesłanie streszczeń zgłoszonych wykładów z równoczesnem dołączeniem przekładu na język francuski lub niemiecki. Dalsze zgłoszenia należy nadsyłać pod adresem: prof. Dr R. Rencki, Lwów, Romanowicza 3.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 10. VI. b. r. posiedzenie, na którem po uczeniu pamięci zmarłego wiceprezesa Towarzystwa, ś. p. Dr Adama Rydla, przedstawiono następujące przypadki: kol. Rudzik zapalenie gardła Plaut-Vincenta, kol. Kleczkowski miąższowe zapalenie rogówki leczone embariną, kol. prof. Wicherkiewicz opadnięcie powieki leczone operacyjnie własną metodą i krzyżową sklerotomię, poczem kol. Kleczkowski miał wykład: O działaniu krótkofalistych, niewidzialnych promieni światła na narząd wzrokowy. W dyskusyach przemawiali kol. Brudzewski, doc. Chlumsky, prof. Majewski, Marcisiewicz, Rosenhauch i prof. Wicherkiewicz.

— Rozporządzenie ministerstwa spraw wewnętrznych z d. 5. VI. b. r. rozszerza obowiązek donoszenia o chorobach zakaźnych także na odrę, krztusiec, nagminne zapalenie ślinianek i ospę wietrzną.

— Zarząd biblioteki Tow. lek. krakowskiego składa serdeczne podziękowanie JWP. Prof. Dr Bossowskiemu za dzieła ofiarowane bibliotece. Bibliotekarz: Dr M. Blassberg.

— Dyplom doktorski uzyskała p. Fryderyka Ameisenówna z Krakowa.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 24. V. do 30. V. 1914 zgłoszono przypadków: błonicy 4 † — (obcych 1 † —), krztuśca 4, ospy wietrznej 4, płonicy 26 † 3 (5 † —), odry 2 † — (2 † —), duru brzusznego 5 † — (1 † —), czerwonki 1, tężca — † — (1 † 1), zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych — † — (— † 1). Dr Janiszewski.

Warszawa. W roku bieżącym upływa dwudziestopięciolecie »Odczytów klinicznych, wydawanych przez Redakcyę Gazety lekarskiej« w Warszawie. W ostatnim zeszycie »Gazety« znajduje się zarys historyi tego nader pożytecznego wydawnictwa, które ogłosiło dotąd 149 wykładów, z tego 76 oryginalnie po polsku napisanych przez 43 autorów. Niestety wydawnictwo to niema w Galicyi tylu czytelników, iluby mieć powinno, nad czem słusznie ubolewa prof. Gluziński w Nr 20 »Tygodnika lekarskiego«. Pragnęlibyśmy w jednym z przyszłych numerów podać obszerniejszą recenzyę o »Odczytach klinicznych«, aby na nie zwrócić przecież uwagę ogółu naszych lekarzy.

— Wyszedł z druku »Przegląd piśmiennictwa lekarskiego polskiego« za r. 1912, wydany staraniem Towarzystwa lekarskiego warszawskiego, które już przez 37 lat podtrzymuje to niezmiernie pożyteczne wydawnictwo, niezbędne nietylko dla każdego polskiego autora lekarskiego, ale i dla każdego wogóle lekarza Polaka, o ile mu nie jest obojętny rozwój swojskiego piśmiennictwa lekarskiego i postęp medycyny u nas. Rocznik obecny zawiera streszczenia 1281 prac, ogłoszonych w r. 1912 po polsku.

Pod nową redakcyą Dr T. Borzęckiego, (znanego czytelnikom naszym z doskonałych sprawozdań z obrad Towarzystwa lekarskiego warszawskiego, pomieszczanych w »Przeglądzie lek.«), zyskał »Przegląd piśmiennictwa« bardzo wiele. Układ odznacza się starannością i dokładnością, korekta jest prawie bez zarzutu, skrócenia tytułów pism ujednostajniono, a wszystkie tytuły prac podano także w tłomaczeniu francuskiem. Nowy re-







daktor dołożył też widocznie usilnych starań, aby »Przegląd« był ile możności zupełny.

Godziłoby się, aby »Przegląd piśmiennictwa polskiego« znalazł i w Galicyi liczniejszych czytelników. Za ich dotychczasową liczbę przychodzi się rumienić...

— Za staraniem Dr Daszewskiego i M. Zawadzkiego powstał w Kielcach oddział warszawskiego Towarzystwa przeciwgruźliczego, pierwszy wogóle w Królestwie. Oddziałowi ofiarowano 6 morgów gruntu pod budowę uzdrowiska w powiecie włoszczowskim.

Ruch chorych zakaźnych w szpitalu im. Karola i Maryi dla dzieci w Warszawie. Od 3. V. do 17. V. 1914 przyjęto do szpitala przypadków: płonicy 5, odry 1, duru brzusznego 1, krztuśca 1, zapalenia gruźliczego opon mózgowych 2. — W tymże czasie do ambulatoryum zgłosiło się przypadków: płonicy 1, odry 3, krztuśca 15. Dr S. Łyskawiński.

Z różnych stron. Na porządku dziennym posiedzenia Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu w d. 23. V. (5. VI.) b. r. znajdował się wykład prof. Dr Zaleskiego: »Współczesne prądy na polu wychowania fizycznego«.

Zmarli: Dr Witalis Janowski w Krasuli, gub. wileńskiej; Dr Aleksander Dancewicz w Rosieniach; dermatolog prof. Wolters w Rostocku.

Redakcya otrzymała: Fidler: Współczesne poglądy na etyologię i patogenezę chorób zakaźnych. 1913. — Przegląd piśmiennictwa lekarskiego polskiego za r. 1912, pod redakcyą Dr Tadeusza Borzęckiego. Warszawa 1914. — Kuczewski: Wozniknowenje i razwitje sanatorskago lieczenja tuberkuleza lehkich. (Tuberkulez 1914, Nr 5—6). — Gabryszewski: Leczenie światłem. (Tyg. lek. 1914). — Leyberg (Łódź): Beiträge zu Störungen der Urogenitalfunktion bei Erkrankungen der hinteren Harnröhre. (Zeitschr. f. Urologie 1914). — Matylda Biehler: O nadnerczach, ich budowie, składzie chemicznym i czynnościach fizyologicznych. Praca nagrodzona na konkursie im. Biernackiego. Warszawa 1914, Wydawnictwo »Medycyny i Kroniki lek.«. Stron 171. — Doc. Dr Hahn: Pamiętnik obchodu jubileuszowego w 250. rocznicę założenia Uniwersytetu we Lwowie. Lwów 1914.

Bibliografia.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in 12 Monatsheften. 1914. (Monachium, J. F. Lehmann). Z. 6. Cena 2·— mk.

Przeznaczony stale na pedyatryę zeszyt czerwcowy zawiera w tym roku rozprawę prof. Langsteina i Dr Putziga: »Serce w wieku dziecięcym« i przegląd postępów nauki o chorobach dziecięcych w roku ostatnim.

Paris médical, ruchliwy tygodnik, wydawany pod redakcyą prof. Gilberta przez księgarnię J. B. Baillière et fils w Paryżu (19 rue Hautefeuille), poświęcił pierwszy swój zeszyt czerwcowy z r. b. wyłącznie chorobom trzustki i wątroby, pomieszczając z tego działu prace oryginalne prof. Carnota, Villareta, Chavannaza, Guyota i Dr Grimberta, Braulta, Garbana, Saint-Gironsa, Turquéty, Lemierre, Brule i Weilla.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 17. czerwca 1914 w domu Towarzystwa (Radziwiłłowska 4) o godz. 6 wieczorem.** Na porządku dziennym: 1) Wykład Prof. Wicherkiewicza: O przyczynach późniejszego niedowidzenia po prawidłowo dokonanej operacyi zaćmy przeważnie starczej. 2) Demonstracye chorych z kliniki chirurgicznej.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Antisklerozyna w praktyce. Prym. Dr Fritz Ehrl (Wien. med. Woch. 1914. Nr 20). Po skreśleniu etyologii i symptomatologii stwardnienia tętnic, opisuje autor ze swego obfitego materyału 3 szczególnie wybitne przypadki. W 1. udało się doprowadzić do prawie zupełnego wessania krwotoku do siatkówki i usunąć zawroty, — w 2. udało się wpłynąć korzystnie na claudicatio spontanea, — w 3. ustąpiły lub wyraźnie zmniejszyły się: niepokój w okolicy dołka podsercowego, bicie serca, arytmia, zawroty i znużenie. We wszystkich 3 przypadkach uległ stan ogólny po 3—5-miesięcznem podawaniu antisklerozyny wyraźnej poprawie. Autor poleca przetwór gorąco. W. Ll.

Szczawa **Krondorfska** uznana za najlepszą i naturalną.

Najlepsze skutki w nieżytach żołądka i pęcherza, jakoteż dróg oddechowych.

Prospekty rozsyła na żądanie Brunnen-Unternehmung Krondorf bei Karlsbad lub też Generalna reprezentacya dla Galicyi i Bukowiny, Kraków, Grodzka 48. Lwów, Sykstuska 51. 8

KARLSBAD Dr W. Maleszewski b. Asyst. Kliniki krakowskiej ordynuje jak dawniej **„Haus Nastopil“.** O otwarciu własnego **SANATORIUM (PENSION MÉDICALE-DIÈTÉTIQUE)** wyjdą osobne oznajmienia. 288

KRYNICA Pensyonat i Zakład leczniczy 136 **Dr. E. ZARZYCKIEGO** od maja do października. — Wodolecznictwo na miejscu. — Żądać prospektów.

IWONICZ Dr JÓZEF JASIEŃSKI ordynuje w sezonie bieżącym jak zawsze od 25 maja **Bazar.** 277

KRYNICA Dr Stanisław Flaschen ordynuje jak zwykle Willa „Gwiazda“. 138

Dr MAKSYMILIAN FUCHS 284 ordynuje jak dawniej **w Badenie (pod Wiedniem) ul. Renngasse 6.**

Od 15-go maja otworzyłem nowe polskie **SANATORYUM w St. BLASIEN** wśród pięknych gór Czarnolesia badeńskiego (800 m). Na skraju milowych lasów iglastych, otoczone ogrodami i łąką, wznosi się w górskim stylu zbudowane sanatoryum, zwracając cały front z swemi werandami, terasami i leżalnią ku południowi. Wolne od kurzawy leży w pełnem słońcu i zupełnie w zaciszu, a jednak tylko kilka kroków od sławnego kościoła podominikańskiego i centrum miasteczka. Środkami leczniczemi są: ściśle indywidualne leczenie oraz dyetetyka, według metody prof. Schmidta, dla cierpiących na choroby **żołądka, kiszek** oraz **przemiany materyi.** Idealne warunki klimatyczne zimą i latem; całe wodoleczenie; leczenie elektrycznością promieniami Roentgena, leżenie, kuracya terenowa (według Oertla), kąpiele słoneczne i powietrzne dla **niedokrwistych, nerwowych, rekonwalescentów i chorych na serce.** **Pierwszorzędna miejscowość kuracyjna po wodach niemieckich.** CENY: pokój z utrzymaniem od 7·50 mk. — Otwarte latem i zimą. — Cierpiący na choroby infekcyjne wykluczeni. **Dr med. MIECZYSŁAW HEDINGER** (b. prywatny asystent prof. Schmidta w Hali n. S.). 180

Karlsbad 132 **Dr med. ADAM MACIĄG** b. asystent c. k. kliniki chorób wewn. Uniw. Jagiel. ordynuje jak lat ubiegłych Dom »KRONENAPOTHEKE« (przy Mühlbrunie).

Dr JAN BRODZKI b. asystent J. E. prof. Leydena ordynuje. jak zwykle, od 1 maja **w KUDOWIE,** zimą: **w Heluanie w Egipcie.** 137

Rok LIII. Kraków, dnia 20 czerwca 1914 Nr 25.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z oddziału chorób wewnętrznych (I. B.) krajowego Szpitala Św. Łazarza w Krakowie.

W sprawie rozpoznawania zapalenia opon mózgowordzeniowych.

Napisał

Dr Antoni Krokiewicz.

Rozpoznanie tła etyologicznego w przebiegu zapalenia opon mózgowych napotyka niekiedy na znaczne trudności. Zazwyczaj chodzi o to, czy zapalenie opon mózgowych jest pierwotne, t. j. wywołane wskutek zadziałania dwoinek Weichselbauma lub jadu swoistego gruźliczego, czy też wtórorzędne, t. j. w następstwie choroby zakaźnej, np. róży, włóknikowego zapalenia płuc, ropnego zapalenia ucha środkowego i t. d. Za przyrodą pierwotną ostrą, zakaźną, t. j. za zakażeniem dwoinkami Weichselbauma, przemawia w danym przypadku ostre rozpoczęcie się choroby, sztywność karku, przeczulica w zakresie dotyku i bólu, bóle głowy i wzdłuż kręgosłupa, wymioty, opryszczki, objaw Kerniga, gorączka i obecność meningokoków w cieczy mózgowordzeniowej. Bardzo znamienną cechę rozpoznawczą stanowi przeczulica na dolnych kończynach, a zwłaszcza uczucie bólu przy wykonywaniu ruchów biernych.

Stanowczo rozstrzyga za zapaleniem nagminnem opon mózgowordzeniowych obecność meningokoków w cieczy mózgowordzeniowej, otrzymanej przez nakłucie lędźwiowe według Quinckego. Ciecz mózgowordzeniowa jest naówczas zazwyczaj mętna i pozostaje w kanale mózgowordzeniowym pod wysokiem ciśnieniem; rzadko jest wodojasna przy prawidłowem lub nawet obniżonem ciśnieniu. Pomimo wyglądu wodojasnego można naówczas z cieczy mózgowordzeniowej wyhodować meningokoki. Jeśli ciecz mózgowordzeniowa jest mętna, to w osadzie po odwirowaniu znajdują się w przeważnej liczbie leukocyty wielojądrzaste, mniej licznie drobne limfocyty obok mnogich wielkich jednojądrzastych komórek, których jądra nie tak silnie się barwią, jak w limfocytach, a są od nich 2—3 razy większe. Na preparacie barwionym spotyka się meningokoki po 2, 4, lub w większych gromadkach jużto wewnątrz, jużto na zewnątrz leukocytów i przeważnie pośród nich.

Dwoinki Weichselbauma nie barwią się metodą Grama; rozwijają się na agarze z surowicą krwi lub z cieczą przesiękową z jamy brzusznej.

Jeśli płyn mózgowordzeniowy nie zawiera dwoinek, nie można stanowczo w danym przypadku zapalenia opon mózgowordzeniowych wyłączyć przyrody pierwotnej zakaźnej, ostrej; wydarza się bowiem, iż dopiero przy powtórnem nakłuciu lędźwiowem badanie bakteryologiczne daje wynik dodatni.

W przebiegu zapalenia gruźliczego opon mózgowych stwierdzić można wziernikiem ocznym obecność gruzełków w naczyniówce. Dla rozpoznania różniczkowego ważny jest sam początek choroby, gdyż przy zapaleniu gruźliczem opon mózgowych okres wylęgania trwa znacznie dłużej i objawia się bólami głowy, zmianą w usposobieniu i apatyą, brakiem opryszczek. Prócz tego można naówczas prawie zawsze wykazać obciążenie dziedziczne gruźlicą i jużto zmiany gruźlicze równoczesne w innych narządach, jak w płucach, kościach i stawach, gruczołach chłonnych, jużto przebyte zapalenie opłucnej. Niemniej ważny jest wynik badania cieczy mózgowordzeniowej, otrzymanej przez nakłucie lędźwiowe, która bywa przeważnie czysta lub mało mętna i zawiera w osadzie wyłącznie prawie limfocyty, tudzież prątki Kocha.

W przypadkach wtórorzędnych zapaleń opon mózgowordzeniowych, ciecz mózgowordzeniowa, otrzymana przez nakłucie lędźwiowe, zachowuje się cytologicznie tak samo, jak przy zapaleniu pierwotnem nagminnem, gdyż zawiera przeważnie wielojądrzaste leukocyty obok mniej licznych limfocytów. Ze względu na tło etyologiczne widoczne są w preparacie barwionym w przebiegu »meningitis streptococcica« — paciorkowce; w przebiegu »meningitis staphylococcica« — gronkowce, barwiące się metodą Grama; w przebiegu »meningitis pneumococcica» — dwoinki lancetowate, z otoczką, barwiące się metodą Grama.

Od zapalenia opon mózgowordzeniowych należy odróżnić stan chorobowy, zwany meningizmem, występujący przy różnych chorobach zakaźnych (dur brzuszny, zapalenie płuc, płonica). Objawy mózgowe, jak sztywność karku, odczyn Kerniga, przeczulica, zwiększone parcie cieczy mózgowordzeniowej, są naówczas wywołane przez toksyny, wogóle produkty wydzielnicze odnośnych zarazków chorobowych, a w cieczy uzyskanej przez nakłucie lędźwiowe brak ciałek wysiękowych i zarazków chorobowych uorganizowanych.

W b. r. miałem sposobność spostrzegać na moim oddziale przypadek zapalenia opon mózgowych, który ze

względu na przebieg kliniczny i trudności rozpoznawcze zasługuje na szczególniejszą uwagę.

J. B., uczeń gimnazyalny, liczący lat 14, miał przebyć w dzieciństwie płonicę, a przed rokiem grypę; zresztą nigdy nie chorował. Obecna choroba miała się rozpocząć nagle przed dziesięciu dniami dreszczami, bólami głowy, wymiotami, zaparciem stolca, opryszczkami na wardze, poczem od 4 dni dołączył się zez zbieżny na oku prawem wraz z opadnięciem powieki górnej prawej i podwójnem widzeniem przedmiotów bardziej oddalonych. Rodzice chorego żyją i są zdrowi. Wywiady w kierunku obciążenia dziedzicznego gruźlicą ujemne.

Stan chorego w dniu 4. IV. b. r. następujący:

Osobnik wzrostu małego, miernie rozwinięty i odżywiony. Ciepłota ciała 38·7° C.; skóra bladoróżowa; na wardze dolnej opryszczki przysychające. Kościec i mięśnie słabo rozwinięte. Gruczoły chłonne na karku i szyi nieznacznie powiększone.

Klatka piersiowa płaska. Dolna granica płuca prawego sięga z przodu w linii sutkowej do 6. żebra, a lewego do 4. żebra; z tyłu w linii przykręgowej po obu stronach do dolnego brzegu 10. żebra, mniej ruchoma, zwłaszcza po stronie lewej. Odgłos opukowy z przodu jawny, szmery oddechowe zaostrzone, tu i ówdzie pokryte świstami, furczeniami i skąpemi rzężeniami. Z tyłu po obu stronach, zwłaszcza po stronie lewej, w częściach szczytowych i dolnych płuc odgłos krótszy, a szmery oddechowe zaostrzone, pokryte świstami i dość licznemi drobnemi rzężeniami, Liczba oddechów na minutę 20. Plwociny skąpe, śluzowo-ropne, nie zawierają prątków Kocha. Uderzenie koniuszkowe serca w 5. lewem międzyżebrzu na wewnątrz od sutka. Wymiary serca prawidłowe. Tony serca bez zmian. Tętno regularne, dobrze napięte, 100 na minutę.

Język suchy, czysty. Brzuch miernie wzdęty, za uciskiem tkliwy. W jelitach kruczenie. Brak apetytu; stolec zaparty. Wątroba i śledziona nie powiększone.

Przytomność utrzymana; mierne bóle głowy; sen przerywany. Odruchy kolanowe zniesione, brzuszne utrzymane. Sztywność karku znaczna; objaw Kerniga bardzo wyraźny; opadnięcie powieki górnej prawej, zez zbieżny na oku prawem, obie źrenice rozszerzone i leniwo oddziałujące na światło i zbieżność; podwójne widzenie; ból w uchu prawem przy każdym ruchu.

Oddawanie moczu prawidłowe. Mocz winnożółty, oddziałuje kwaśno, okazuje zmniejszone chlorki, nie zawiera białka i cukru.

4/IV. Ciepłota ranna 38·7° C, wieczorna 40·2° C; zresztą jak s. p. Choremu podano wewnętrznie aspirynę z urotropiną, środki przeczyszczające i zastosowano na głowę okłady lodowe.

5/IV. Ciepłota rano 38·6°, wieczorem 37·3°C. Chory odpowiada na pytania dość przytomnie. Opadnięcie powieki, zez, tężec tylny (opisthotonus), objaw Kerniga: bardzo wybitny. Źrenice miernie rozszerzone, leniwo oddziałują; szum w uchu prawem. Tętno 80, regularne, prawidłowo napięte, liczba oddechów 24. Sen dobry, stolec zaparty. W celu leczniczym i rozpoznawczym zastosowano nakłucie lędźwiowe. Płyn wydobywający się z kanału rdzeniowego pozostawał pod wysokiem ciśnieniem i był mało mętny.

6/IV. Ciepłota ciała rano 37·5° C, a wieczorem 37·2° C; tętno 80, regularne, nieco miękkie; liczba oddechów 24; oddychanie swobodne; stan płuc niezmieniony. Chory przytomniejszy; sen dobry; oddawanie moczu trudniejsze; stolec zaparty. Zresztą stan ogólny nerwowy jak s. p.

Badanie osadu płynu, otrzymanego przez nakłucie lędźwiowe, wykazało prawie wyłącznie tylko limfocyty, a bardzo nieliczne ciałka białe wielojądrzaste. Badanie co do prątków Kocha metodą Ziehl-Neelsona dało wynik zupełnie ujemny; natomiast na preparatach barwionych metodą Jännera stwierdzić było można wyłącznie tylko bardzo liczne ziarenkowce, ugrupowane po 2, 4 lub w większych gromadkach, dość często pośród wielojądrzastych leukocytów. Dalszych badań różniczkowych, t. j. założenia hodowli, jak i barwienia różniczkowego na preparatach zasuszanych nie można było wykonać z powodu zbyt szczupłego osadu z uzyskanej cieczy mózgowordzeniowej, a powtarzanie nakłucia lędźwiowego ze względu na ogólny stan chorego na razie było przeciwwskazane.

7/IV. Ciepłota ranna 38·7° C., wieczorna 39·3° C. Tętno 72, regularne, prawidłowo napięte; liczba oddechów 24. Język podsychający. Mocz zatrzymany; stolec zaparty. Bardzo znaczne osłabienie; zresztą stan takisam, jak poprzednio.

8/IV. Ciepłota rano 38° C, wieczorem 39° C. Na wardze dolnej ślad opryszczek. Tętno 100, regularne, dość dobrze napięte; liczba oddechów 24 na minutę; oddychanie swobodne. Język suchy, stolec zaparty, oddawanie moczu utrudnione. Bóle głowy nieznaczne; sen przerywany; przytomność dość utrzymana. Objaw Kerniga, stężenie karku, zez zbieżny na oku prawem, opadnięcie górnej powieki prawej i podwójne widzenie niezmienione.

9/IV. Ciepłota rano 37° C. Agonia. Chory zmarł o $2^1/_2$ po południu wśród ogólnego postępującego porażenia i obrzęku płuc.

Rozpoznanie kliniczne zrazu opiewało: »meningitis basilaris tuberculosa«; ze względu jednak na obecność czystej hodowli ziarenkowców, zachowujących się podobnie, jak dwoinki zapalenia opon, zostało zmienione na: »meningitis cerebrospinalis ac. epidemica« z nadmienieniem, iż sprawa chorobowa zapalna usadowiła się w danym przypadku głównie na podstawie mózgu, a nie na półkulach mózgowych.

Oględziny pośmiertne, dokonane dnia 10. IV. b. r. w Zakładzie anatomii patologicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego przez prof. Dr Ciechanowskiego, wykazały, co następuje:

Leptomeningitis tuberculosa. Tuberculosis miliaris hepatis, lienis. Nodus caseosus partis supremae lobi inferioris pulmonis sin. Tuberculosis disseminata lev. gradus pleurae sin. Degeneratio caseosa unius glandulae lymphaticae bronchialis sinistrae. Pneumonia crouposa lobularis partis posteroinferioris pulmonis utriusque.

Budowa i odżywienie dość liche. Skóra blada, tkanka podskórna bez zmian. Opony miękkie nastrzykane, przyćmione; w rowkach ciecz mętnawa. Na podstawie mózgu, zwłaszcza w zatokach Sylwiusza, prosowate gruzełki. Komórki mózgowe rozszerzone dość znacznie, zawierają ciecz mętnawą; wyściółka ich przyćmiona. Klatka piersiowa płaska. Jamy opłucne cieczy nie zawierają; w jamie opłucnej lewej dwa taśmowate wiotkie zrosty w częściach bocznych. Na opłucnej lewej gdzieniegdzie gromadki guzków prosowatych; zresztą opłucne gładkie, lśniące. W górnej części płatu dolnego lewego, w miejscu przyczepu zrostu taśmowatego i największej grupki prosowatych gruzełków, znajduje się tuż pod opłucną guzek serowaty wielkości fasoli. Zresztą nigdzie w płucach nie widać zmian gruźliczych. Natomiast w obu płucach w częściach dolnych i tylnych, mnogie ogniska bezpowietrzne, dochodzące wielkości orzechów laskowych, szaro-różowe, o przekroju ziarnistym, z których za uciskiem wydobywa się ciecz mętna, bezpowietrzna. W oskrzelach ciecz mętna, śluzoworopna; śluzówka rozpulchniona, przekrwiona. Jeden gruczoł oskrzelowy lewy zserowaciały, w niektórych gruczołach przytchawicznych gdzieniegdzie drobne guzki serowate. Serce prawidłowych rozmiarów; mięsień sercowy żółtawy. Wsierdzie i osierdzie bez zmian. Otrzewna gładka, lśniąca. Ułożenie trzew w jamie brzusznej prawidłowe. Śledziona, wątroba, nerki obfitują w krew. W śledzionie i wątrobie, zwłaszcza na powierzchni, dostrzegalne nieliczne gruzełki prosowate. Żołądek i jelita bez zmian.

Jak widzimy, rozpoznanie kliniczne nie zostało potwierdzone oględzinami pośmiertnemi. Wprawdzie zrazu przy pierwszem badaniu chorego odnosiliśmy sprawę chorobową

do tła gruźliczego, jednakże przy dalszem spostrzeganiu klinicznem mieliśmy bardzo poważne podstawy do zmiany pierwotnego zapatrywania i rozpoznawania w danym przypadku pierwotnego zapalenia opon mózgowordzeniowych na tle ostrem zakaźnem. Przemawiały za tem: ostry przebieg choroby, poczynający się wymiotami, bólami głowy, opryszczki na wardze dolnej, tudzież obecność wyłącznie tylko ziarenkowców w płynie mózgowordzeniowym, otrzymanym przez nakłucie lędźwiowe, a zupełny brak prątków Kocha. Wobec zbyt rychłego zejścia śmiertelnego i skąpej ilości osadu z cieczy, uzyskanej przez nakłucie lędźwiowe, nie można było przeprowadzić dalszego dokładnego różniczkowania przez założenie hodowli, tudzież zastosowanie barwienia metodą Grama; mimo to jednak zdawało się nie ulegać prawie żadnej wątpliwości ze względu na przebieg kliniczny, jak i obecność w płynie mózgowordzeniowym wyłącznie tylko licznych ziarenkowców, i to przeważnie usadowionych pośród wielojądrzastych leukocytów, iż w danym przypadku chodzi o pierwotne ostre, zakaźne zapalenie opon mózgowordzeniowych. Jedynie tylko obraz cytologiczny płynu mózgowordzeniowego nasuwał pewne wątpliwości co do rozpoznania i ta okoliczność była przyczyną, dlaczego pomimo usilnych zabiegów ze strony rodziny zmarłego zwłoki nie zostały uwolnione od oględzin pośmiertnych.

Rozpatrując rzecz bliżej, musimy podnieść, iż badanie cytologiczne płynu mózgowordzeniowego w przebiegu zapalenia opon mózgowych jest bardzo ważnym czynnikiem rozpoznawczym, — ważniejszym, niż stwierdzenie obecności dwoinek w płynie mózgowordzeniowym, które — jak w naszym przypadku — były wyrazem zakażenia mieszanego, i to najprawdopodobniej wobec dość licznych drobnych ognisk zapalnych w płucach — pneumokokami.

Rzut oka na rozwój patologii na tle rozwoju nauki, w szczególności przyrodoznawstwa. Patologia jako nauka.

Napisał

Prof. Dr Karol Klecki.

(Ciąg dalszy).

Wprawdzie zasadnicze założenia, z jakich wychodziła szkoła iatrochemików, były w wielu przypadkach zupełnie słuszne, ale podstawy naukowe, na których jej przedstawiciele chcieli opierać tłómaczenie spraw chorobnych, były do tego jeszcze za słabe. Że zaś radzono sobie w kwestyach niejasnych tworzeniem hipotez, wprawdzie wysnutych z danych naukowych, ale niekiedy nawet bardzo śmiałych, i że na tych hipotezach opierano nietylko tłómaczenie chorób, ale zarazem i ich leczenie, szkoła iatrochemików, nacechowana wielką wyłącznością poglądów zasadniczych, musiała po niedługim czasie upaść. Poglądy szkoły iatromechaników utrzymywały się w patologii znacznie dłużej.

W postępie medycyny w XVII w. wielką jest zasługa Tomasza Sydenhama (1624—1689). Pomimo całego uznania, jakie miał dla naukowego badania spraw chorobnych, Sydenham dostrzegł kruchość podstaw naukowych ówczesnej medycyny i zwrócił się przeto do gruntownego badania objawów chorobnych. Patologia Sydenhama opiera się w znacznej mierze na nauce Hippokratesa, a wielką rolę odgrywa w niej zapalenie krwi. Sydenham sądził jednak, że zmiany soków ustroju są to zmiany wtórne, sprowadzone przez inne głębsze zaburzenia w ustroju, których natura nie jest jeszcze poznana. Uważając choroby tylko za modyfikacye spraw fizyologicznych, starał się Sydenham określać ich rodzaje na podstawie zebranych o nich danych, tak jak się to czyni przy określaniu gatunków zwierząt lub roślin. Wielką przykładał on wagę do działania leczniczego samej natury, która w chorobach ostrych przez stany przełomowe sama złe usuwa. Gorączka, według Sydenhama, służy głównie do wydalenia z ustroju materyi szkodliwej (materia peccans). W histeryi, zgodnie z ówczesnemi pojęciami, widział on bezład (ataxia) duchów życiowych, dnę zaś uważał za wyraz skazy (humorum colluvies), powstałej wskutek zaburzenia trawienia. Dokładna obserwacya lekarska chorób i często mistrzowskie ich opisy, stworzenie naukowej epidemiografii, oraz ujęcie ogólne chorób, jako spraw fizyologicznych, stanowi główną zasługę, jaką dla patologii Sydenham położył.

Po Sydenhamie do postępu patologii w końcu XVII i na początku XVIII w. najwięcej przyczynił się Herman Boerhaave (1668—1738), który, chcąc oprzeć medycynę na podstawach naukowych, czerpał dane potrzebne do tłómaczenia spraw chorobnych z anatomii i fizyki. To go doprowadziło do jasnego poglądu na wiele zjawisk patologicznych, w szczególności do poznania zmian w krążeniu, jakie powstają w sprawach zapalnych. W tłómaczeniu niektórych chorób stał Boerhaave na stanowisku patologii humoralnej. Atoli jego poglądy w pewnych, nawet zasadniczych kwestyach nie były wolne od mistycyzmu, tak powszechnego w tych czasach.

Jakkolwiek pokazało się, że wyłącznie fizyczne czy mechaniczne ujmowanie spraw chorobnych nie prowadzi do zadawalniającego ich tłómaczenia, uwzględnianie zmian fizycznych w zjawiskach patologicznych od czasów Boerhaavego weszło do patologii jako trwały jej dorobek naukowy. Widać to już w dwu powstałych w tej epoce systemach lekarskich. Jeden z nich, system mechanicznodynamiczny Fryderyka Hoffmanna (1660—1742), powstały pod wpływem monadologii Leibnica, sprowadza stany chorobne głównie do zmian napięcia i ruchów części stałych ustroju, wywołanych przez wahania eterycznego czynnika nerwowego. Drugi zaś, system animistyczny Jerzego Ernesta Stahla (1660—1734), jakkolwiek we wszystkich sprawach życiowych, a więc i w chorobach, widzi głównie działanie duszy, a względnie natury, głosi równocześnie, że ustrój ludzki podlega prawom fizycznym i upatruje w wielu sprawach chorobnych zmiany właściwych ruchów materyalnych części ustroju.

Uprawiana w Anglii od czasów Bacona filozofia materyalistyczna, potężnie wsparta przez sensualizm filozofa i lekarza Lockego, została przeszczepiona w pierwszej połowie XVIII w. do Francyi, gdzie znalazła grunt bardzo podatny. Panujący w tych czasach wśród myślicieli fran-

cuskich sceptycyzm, wyraźny jeszcze w wydawanej przez Dyonizego Diderota (1713—1784) i Jana d'Alemberta (1716 1783) Encyklopedyi nauk, przeistoczył się wkrótce na krańcowy sensualizm i materyalizm (Julian Offray de la Mettrie (1709—1751), Wojciech Bennot de Malby de Condillac (1715—1780), Paweł Henryk Holbach (1723—1789 i in.). Zwalczając religię i płynące z niej pojęcia (Franciszek Maryan Voltaire (1694—1778), Karol Montesquieu (1689—1755), Jan Jakób Rousseau (1712—1798), starano się stworzyć nowe podstawy moralności i polityki. Czysto mechaniczne ujmowanie zjawisk natury doprowadziło do poglądu, że człowiek wraz z całą swą stroną duchową, podobnie jak i wszelkie inne żywe twory, jest tylko bardzo zawiłym mechanizmem. Pogląd ten wyraził się najsilniej w sławnej i osławionej w owym czasie książce, jaką de la Mettrie, lekarz, uczeń Boerhaavego, wydał w r. 1748 p. t. »L'homme machine«. W tym samym czasie filozof angielski, lekarz Dawid Hartley (1704—1757) starał się sprowadzić myślenie i czucie do samych tylko drgań istoty mózgowej.

Na drugą połowę XVIII w. przypadają dzieła Immanuela Kanta, który poddał ścisłemu rozbiorowi przejawy umysłu ludzkiego. Analiza sądów apriorystycznych, oraz sądów a posteriori doprowadziła Kanta do podniesienia, wbrew sensualistom, znaczenia rozumu w rzeczach poznania. Ponieważ wyobrażenia zmysłowe dopiero pod wpływem rozumu przekształcają się na pewne prawdy ogólne, rozum, jako czynnik poznania, w nauce Kanta zajmuje miejsce naczelne. Z ideologii Kanta płynie także ten zasadniczy wniosek, że rzeczy samych w sobie człowiek żadną miarą nie może poznać. Kant uważał materyalizm i sensualizm za błąd, ale taki, który do rozwoju nauki był potrzebny.

Ruch umysłowy, jaki zapanował w XVIII w., zaznaczył się dodatnio we wszystkich niemal dziedzinach nauki.

We filologii zasłynął przez znakomity rozbiór dzieł Horacyusza Bukley (1662—1742), w archeologii Winckelmann (1717—1768), w matematyce Józef Ludwik Lagrange (1736 — 1813), w matematyce i astronomii Piotr Szymon Laplace (1749—1827), twórca rachunku prawdopodobieństwa, autor znakomitego dzieła p. t. »Mécanique céleste«, wydanego w latach 1799 — 1825. We fizyce zrobiono w tej epoce zasadnicze odkrycia w dziedzinie elektryczności (Benjamin Franklin (1706—1790), Aleksander Volta (1745—1827), Ludwik Galvani (1737—1798). Chemia, która aż do tego czasu była tylko jedną gałęzią nauk lekarskich, stała się nauką samodzielną. Badania nad gazami Henryka Cavendisha (1751—1810), dokonane przez niego odkrycie wodoru w r. 1781, a zwłaszcza odkrycie przez Józefa Priestleya (1733—1804) tlenu, oraz poznanie znaczenia tlenu przy paleniu się, co jest zasługą Antoniego Laurentego Lavoisiera (1743—1794), przyczyniły się najwięcej do postępu chemii w tych czasach.

Karol Linneusz (1707—1778) tworzy w drugiej połowie XVIII w. klasyfikacyę roślin, od której rozpoczyna się w botanice nowa epoka. W r. 1793 wychodzi dzieło słynnego podróżnika i przyrodnika Henryka Aleksandra Humboldta (1769—1859) p. t. »Flora subterranea Fribergensis et aphorismi ex physiologia chemica plantarum«, które jest pierwszą próbą fizyologii roślin.

Zoologowie gromadzą i opracowują naukowy materyał zoologiczny (Aleksander Monro młodszy (1733—1817), (Piotr Szymon Pallas (1741 — 1811), obejmujący już pokaźną liczbę zwierząt niższych (Łazarz Spallanzani (1729—1799), Carolini (1756—1810). Zapoczątkowana już w XVII w. przez Tomasza Willisa (1622—1675) anatomia porównawcza, której głównym celem pierwotnie miało być poznanie czynności różnych narządów (usus partium) zaczyna się rozwijać. (Vicq d'Azyr (1748—1794).

We fizyologii rozpoczyna się nowa era, której daje początek Albert Haller (1708—1777) przez wszechstronne zbadanie i poznanie znaczenia zasadniczej własności żywej materyi, mianowicie jej pobudliwości, którą Haller ściśle oddziela od własności czucia.

Znamienną cechą biologii w końcu XVIII w. jest przytem to, że uczeni nie ograniczają się do gromadzenia i tłómaczenia poszczególnych faktów naukowych, ale starają się przez jaknajszersze ujęcie tych faktów dojść do pewnych teoryi ogólnych. Tak Jerzy Ludwik Buffon (1707—1788) dowodzi jedności pierwotnego planu ogólnego (dessein primitif et général) w całem państwie zwierzęcem, a w organizacyi zwierząt dopatruje się dostosowania się do tego planu; Haller tworzy teoryę preformacyi (inwolucyi), a Kacper Fryderyk Wolff (1733—1794) zwalcza tę teoryę i przeciwstawia jej swoją teoryę epigenezy; kwestya samorództwa (generatio spontanea s. aequivoca) jest przedmiotem ożywionych roztrząsań.

Już w r. 1761 wychodzi klasyczne dzieło J. B. Morgagniego (1682—1771) p. t. »De sedibus et causis morborum per anatomen indagatis«, w którem po raz pierwszy są ujęte w pewną całość i systematycznie przedstawione zmiany anatomo-patologiczne, spotykane w różnych cierpieniach, a przedtem tylko okolicznościowo i dorywczo uwzględniane w nauce anatomii opisowej.

Zrozumiałą jest rzeczą, że w czasach, kiedy nowoczesna, na danych eksperymentalnych oparta fizyologia dopiero pierwsze czyniła kroki i kiedy cała biologia opierała się niemal wyłącznie na samej tylko morfologii, i patologia naukowa nie mogła mieć innego gruntu. Jak w botanice i zoologii badanie morfologiczne i klasyfikowanie tworów na tej podstawie, jako prostsze i łatwiejsze, wyprzedziło badania w dziedzinie fizyologii roślin i zwierząt, tak samo i w patologii człowieka można było łatwiej i wcześniej poznać właściwe chorobom zmiany morfologiczne, niż tło fizyologiczne tych zmian.

Podnieść zatem należy, że już w drugiej połowie XVIII w. w patologii zaczęto stosować tę samą metodę badania, jaką się posługiwano w innych naukach biologicznych, podówczas głównie opisowych, i że już wówczas starano się oprzeć systematykę chorób na jedynej w tym czasie w biologii wyrobionej podstawie, t. j. na morfologii. Przez to już wówczas patologia weszła w poczet nauk biologicznych.

Od nauk tych różniła się jednak ówczesna patologia mniejszem wyrobieniem, a zarazem i tem, że zanim zaczęła

być nauką, tyle teoryi ogólnych miała już za sobą. Powstawanie w różnych czasach owych licznych teoryi patologicznych, niedostatecznie, a często nawet zupełnie naukowo nie uzasadnionych, tłómaczy ta okoliczność, że teorye te były wyrazem zawsze odczuwanej potrzeby ujęcia i wytłómaczenia na jakiejś podstawie ogólnej zjawisk, tyczących się sprawy tak wielkiej wagi, jaką jest dla człowieka utrata zdrowia.

Dlatego też nawet wówczas, gdy patologia już zyskała podstawę naukową, dopóki ta nowa podstawa nie wystarczała do dostatecznego tłómaczenia spraw chorobnych, nie przestano tworzyć dalszych systemów lekarskich, opartych na nowych ogólnych teoryach patologicznych. Podstawą tych nowych teoryi były jednak już nie z samej spekulacyi płynące wyobrażenia, ale bądź dawniejsze, bądź nowsze zdobycze nauki, niestety tylko niezawsze dobrze zrozumiane i właściwie zastosowane. Tem się tłómaczy stosunkowo długie utrzymywanie się w patologii niektórych poglądów szkoły iatromechaników, jak również wzięcie za podstawę nowszych teoryi patologicznych nauki Hallera o pobudliwości żywej materyi.

Jedną z takich teoryi była t. zw. neuropatologia Williama Cullena (1712—1790), teorya przeważnie solidystyczna, sprowadzająca stany chorobne głównie do zwolnienia (atonii) i skurczu schorzałych części wskutek zazwyczaj zbyt słabej, a niekiedy nadmiernej czynności nerwów. W jeszcze większym stopniu, niż neuropatologia, opierał się na badaniach Hallera system Jana Browna (1735—1788), który uważał, że warunkiem niezbędnym dla życia jest zadrażnienie, które w stanie zdrowia jest miernego stopnia. Powstawanie zaś chorób czynił Brown zależnem od wzmożenia lub osłabienia ogólnego lub miejscowego pobudzenia ustroju (sthenia i asthenia), które jest skutkiem nieprawidłowości czy to działających na ustrój bodźców, czy też nieprawidłowej pobudliwości ustroju. Nauka Browna w niektórych krajach, jako to we Włoszech i Niemczech, bardzo się rozpowszechniła, znajdując tam licznych wyznawców. Wyznawał ją także przez pewien czas Józef Frank (1771—1841), profesor patologii, a potem medycyny wewnętrznej w Uniwersytecie wileńskim. We Francyi, gdzie panowały w tym czasie teorye witalistyczne, teorya ta nie przyjęła się. Ponieważ nauka Browna miała także wielu przeciwników, stała się ona przedmiotem nadzwyczaj ożywionej dyskusyi w piśmiennictwie lekarskiem.

Jako znaczny postęp w dziedzinie patologii zaznaczyło się w końcu XVIII w. dążenie do dokładniejszego rozbioru stanów chorobnych, których zawiłą naturę zaczęto bliżej poznawać. Stąd powstała nauka o elementach chorobnych, stworzona przez Pawła Józefa Bartheza (1734—1806), którą uprawiano głównie w Szkole lekarskiej w Montpellier. Na tej to nauce oparł potem Filip Pinel (1745—1826) system nosologiczny, wyprowadzony z analogii, jakie okazują różne tkanki, oraz ich czynności, w którym uwzględniał w znacznej mierze umiejscowienie choroby.

W tym samym czasie Maryan Franciszek Ksawery Bichat (1771—1802) tworzył podstawy histologii i podnosił znaczenie zmian morfologicznych dla poznania spraw chorobnych, a Jan Krystyn Reil (1759—1813) głosił, że wszelki kształt jest skutkiem spraw życiowych, które wyobrażał sobie jako chemiczne przyciąganie najmniejszych cząsteczek ustroju. Jan Fryderyk Blumenbach (1752—1840) zaś, który podobnie jak Bichat i Reil był witalistą, dopatrzył się w sile życiowej właściwości twórczej, którą określił jako nisus formativus; według Blumenbacha właściwość ta, mająca i w stanach chorobnych wielkie znaczenie, sprawia, że żywa materya przy spłodzeniu jej przybiera pewną postać, którą w ciągu całego życia zachowuje i którą po uszkodzeniu jej przywraca.

Nadto znakomity postęp, jaki nastąpił w tych czasach zarówno w anatomii, jako też i wielu gałęziach medycyny praktycznej, przysporzył patologii wiele cennego materyału. W szczególności zaznaczyć należy, że w końcu XVIII w. zaczęto poznawać lepiej patologię chorób umysłowych, które, jakkolwiek już przez Hippokratesa uznane za skutek zmian somatycznych, a w średniowieczu częste, niekiedy nawet występujące epidemicznie (szał taneczny, wilkołactwo), były przez lekarzy wielce zaniedbane. Podstawy nowoczesnej psychiatryi stworzył dopiero Pinel, pierwsza zaś klinika psychiatryczna, założona przez Jana Wojciecha Dominika Esquirola (1772—1840), powstała dopiero w r. 1817 w Paryżu.

W pierwszej połowie XIX w. filozofia materyalistyczna, jakkolwiek zwalczana przez Józefa de Maistre (1753—1821), Wiktora Cousina (1792—1867) i in., panowała dość powszechnie we Francyi. W niektórych zasadniczych kwestyach znalazła ona tam nowy wyraz w t. zw. filozofii pozytywnej matematyka i filozofa Augusta Comte (1798—1857). Filozofia pozytywna odrzucała czystą spekulacyę i nie uznawała potrzeby roztrząsania przyczyn, możebności, oraz konieczności, a zmierzała do rozwiązywania li tylko zagadnień realnych. Jej zadanie streszczało się w tem, żeby widzieć, ażeby przewidzieć, a badać to, co jest, ażeby wywnioskować to, co będzie. Ten kierunek filozoficzny rozpowszechnił się najwięcej w Anglii. W Niemczech zaś krzewiła się w tym czasie powstała w samym końcu XVIII w. pod wpływem filozofii Kanta i Jana Wolfganga Goethego (1749—1832) t. zw. filozofia natury Karola Eberharda Schellinga (1775—1854), oraz idealistyczna filozofia Jerzego Wilhelma Fryderyka Hegla (1770—1831).

Filozofia natury Schellinga ma podkład na wskróś metafizyczno-fantastyczny. Zmierzając do wykazania identyczności w świecie zjawisk, głosi ona identyczność nawet identyczności i różnicy, a prawa natury sprowadza do praw myślenia. Jako główny czynnik powstania świata z nicości uważa ona wychodzącą apriorystycznie z jaźni rozciągłość (ekspansyę), której zjawiskiem pierwotnem jest światło. Bezmiernej ekspansyi światła przeciwdziała czynnik ujemny, ograniczający, mianowicie ciążenie i materya. Z działania powyższych czynników wyprowadza Schelling powstanie przestrzeni i czasu. Światło i ciążenie przekształcają się na magnetyzm i elektryczność, będące głównemi siłami świata nieorganicznego; gdy zaś te siły połączą się z czynnością idealną, powstaje żywy ustrój. W ustroju zwierzęcym owa czynność idealna ujawnia się w pobudliwości i czuciu, u człowieka zaś ponadto przez połączenie się jej z absolutem, czyli Bogiem, pow-

staje moralność i religia. Wszystkie twory świata stanowią przeto tylko różne okresy rozwoju tych samych elementów zasadniczych.

Jakkolwiek streszczona powyżej w najogólniejszym zarysie filozofia natury była tylko czysto fantastyczną konstrukcyą, wywarła ona znaczny wpływ na naukę niemiecką. We filozofii tej bowiem, odpowiadającej panującemu w tej epoce wśród inteligencyi niemieckiej ogólnemu nastrojowi, zaznaczał się silnie element rozwoju, który w naukach przyrodniczych zaczął podówczas nabierać pierwszorzędnego znaczenia. Toteż w czasach, kiedy biologowie francuscy uprawiali t. zw. filozofię anatomiczną, wielu przyrodników i lekarzy niemieckich wyznawało filozofię natury. Między innymi uległ jej wpływowi Laurenty Oken (1779—1851), twórca koncepcyi genetycznej organizmów, według której twory wyższe rozwijają się z niższych przez ich doskonalenie się.

W czasach tych Geoffroy-St. Hilaire (1772—1844) doszedł do wniosku, że jeden i ten sam narząd u rozmaitych zwierząt może być pod względem fizyologicznym różny. Jan Baptysta Lamarck (1744—1829) poznał, że budowa narządu jest związana z jego czynnością, a już w r. 1809 ogłosił on w swojej »Philosophie zoologique« teoryę descendencyi, która potem przez 50 lat leżała w pyle zapomnienia. Jerzy Cuvier (1769—1832), dążący głównie w swoich badaniach do poznania funkcyi narządów, starał się wykazać, że budowa narządu zależy od jego czynności i ustanowił cztery główne typy organizmów zwierzęcych. Jan Fryderyk Meckel (młodszy) (1781—1833) pod wpływem filozofii natury wywodzi zwierzęta z jednego pierwotnego typu i usiłuje ująć powstawanie gatunków zwierzęcych w dwu prawach ogólnych, w prawie ich przemiany, oraz podobieństwa. Embryolog Karol Ernest von Baer (1792—1876) tworzy naukę o typach zwierzęcych, opartą na ich rozwoju, i wykazuje, że znamiona charakterystyczne dla danego typu występują już u zarodków, a fizyolog Jan Müller (1801—1854) przeprowadza w tych czasach badania porównawcze nad organizacyą kręgowców, przyczem uwzględnia czynność poszczególnych narządów.

W ten sposób biologia, która do niedawna opierała się jedynie na morfologii zewnętrznej organizmów dojrzałych, znacznie się rozszerza i pogłębia. Do anatomii i fizyologii zaczyna wchodzić nieuwzględniany dotąd element rozwoju, oraz element porównawczy, a obficie nagromadzony materyał staje się przedmiotem ściśle naukowych roztrząsań.

Zapoczątkowane przez Cuviera badanie zwierząt kopalnych (paleontologia) w pracach Ryszarda Owena (1804—1892), Ludwika Jana Agassiza (1807—1873) i in. dostarczyło biologii wiele ze względów teoretycznych nader cennego materyału, zwłaszcza że, jak to wykazano w późniejszych badaniach (Karol Lyell (1797—1875), przy powstawaniu różnych warstw geologicznych nigdy nie zachodziły takie zmiany, któreby zniszczyły wszystkie twory, żyjące w danej epoce.

Najdonioślejszem zaś odkryciem biologicznem w pierwszej połowie XIX w. było niewątpliwie odkrycie komórki roślinnej przez Mateusza Jakóba Schleidena (1804—1881), oraz dokonane w roku 1839 przez Teodora Schwanna (1810—1882) odkrycie komórki zwierzęcej. Substancyę, która stanowi ciało komórki roślinnej, nazwał Hugon v. Mohl (1805—1872) protoplasmą. Robert Remak (1815—1865), poznańczyk, twórca nauki o listkach zarodkowych, nadał to samo miano substancyi komórki zwierzęcej; Rudolf Albert Kölliker (1817—1904) nazwał ją cytoplasmą. Max Schultze (1825—1874) zaś wykazał, że otoczka komórki zwierzęcej nie jest niezbędnym jej składnikiem i stwierdził ruchy protoplasmy.

W tej epoce rozkwitu nauk biologicznych zaszedł również znakomity postęp w podstawowych naukach przyrodniczych, fizyce i chemii. We fizyce najdonioślejszem było odkrycie prawa zachowania energii przez lekarza Juliusza Roberta Mayera (1814—1878). W chemii zaś rozwój nauki o powinowactwie chemicznem, poznanie stosunków stechiometrycznych, oznaczenie ciężarów atomowych wielu pierwiastków, powstanie elektrochemii, oraz wprowadzenie symbolów i formuł chemicznych znacznie tę naukę posunęły naprzód (Klaudyusz Ludwik Berthollet (1748—1822), Jan Dalton (1766—1844), Józef Ludwik Gay-Lussac (1778—1851), Jan Jakób Berzeliuus (1779—1848) i in.). Chemia organiczna rozwinęła się tak, że już w roku 1828, Fryderyk Wöhler (1800—1882) mógł dokonać syntezy mocznika z cyanku amonu.

Na tych tak szybko postępujących naukach, fizyce i chemii, zaczęła się opierać fizyologia coraz silniej i w coraz większym zakresie, przyczem coraz więcej stosowano w niej zapożyczone od tych nauk metody eksperymentalne Metafizyczna spekulacya, jaka niedawno jeszcze w fizyologii wielką odgrywała rolę, musiała ustąpić wywodom, płynącym z umiejętnego badania. Metoda eksperymentalna, wprowadzona do nowoczesnych badań fizyologicznych głównie przez Franciszka Magendie (1783—1855), dała znakomite wyniki, zwłaszcza w dziedzinie układu nerwowego. Po doniosłych odkryciach w tej dziedzinie, jako to po prawie Karola Bella (1774—1842), które głosi, że włókna ruchowe wychodzą z rdzenia przez korzonki przednie, a czuciowe przez korzonki tylne, po odkryciu w rdzeniu przedłużonym ośrodka oddychania (Maryan Jan Piotr Flourens (1794—1867), oraz po stwierdzeniu przez J. Müllera swoistej energii nerwów, a względnie narządów zmysłów, co miało pierwszorzędne znaczenie dla teoryi poznania, fizyologię układu nerwowego znacznie posunęły naprzód dokonane około połowy ubiegłego wieku badania znakomitego fizyologa francuskiego Klaudyusza Bernarda (1813—1878), mistrza eksperymentu, oraz Karola Ludwiga (1816—1895), który obok zasadniczych badań nad fizyologią krążenia, zasłużył się w tej dziedzinie głównie przez badania eksperymentalne nad nerwami naczyniowymi oraz włóknami wydzielniczemi.

O przemianie materyi, której znaczenie dla tworów żyjących stwierdził Jędrzej Śniadecki (1868—1838), tworzy w połowie XIX w. Justus Liebig (1803—1873) odrębną naukę, która oddziela się później od fizyologii, jako chemia fizyologiczna. Naukę tę wzbogaca Bernard niezmiernie doniosłemi badaniami nad przemianą węglowodanów w ustroju.

(Dokończenie nastąpi).

Oceny i sprawozdania.

Dr René Gaultier: **Précis de coprologie clinique.** Paris (J. B. Baillière et fils). Wydanie II.

Prof. Albert Robin opatrzył gorącą przedmową drugie wydanie tej niezmiernie użytecznej książki, poświęconej sprawie dość zaniedbanej — badaniu kału. W książce tej, którą ze względu na jej treściwość, jasność i przystępność wykładu można śmiało polecić, zostały zebrane wszystkie metody badania kału dla różnych celów klinicznych. Na 536 stronicach daje autor wykaz tych wszystkich przypadków, w których badanie kału, należycie wykonane, pozwoli dokładnie rozpoznać zarówno rodzaj cierpienia, którym jest dotknięty ten czy ów chory, jak stopnia natężenia danego cierpienia. Książka, mimo całą jej wartość, zyskałaby bardzo dużo, gdyby rysunki w liczbie 98 były wszystkie kolorowane, a przynajmniej nie tak zamazane i niewyraźne, że niektóre z nich nie dają należytego pojęcia o tem, co autor chciał przedstawić. Niewysoka względnie cena książki (10 franków) stanowi także jej zaletę.

St. Skalski.

Leczenie gruźlicy metodą Dr L. Boudreau *). Jod przy gruźlicy wogóle, a w szczególności przy gruźlicy płuc, stosuje od lat dziesięciu Dr Louis Boudreau z Bordeaux i otrzymuje wyniki doskonałe. W świeżo wydanej odbitce swej pracy z pisma »Journal de médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest de la France« Boudreau, powołując się na szereg wyleczeń, zachęca kolegów do stosowania jodu, uważa go bowiem za środek niemal swoisty. Praca nosi nagłówek »Une thérapeutique intensive et simplifiée de la tuberculose pulmonaire« i daje szereg wskazówek co do stosowania jodu. Za przetwór najodpowiedniejszy uważa autor nalewkę jodową, która według farmakopei francuskiej powinna zawierać 1 część jodu metalicznego na 9 części wyskoku etylowego 95°. Granice co do dawek nalewki jodowej, zakreślone przez farmakopeę, autor uważa za zbyt ciasne i przekracza je stale bez żadnego uszczerbku dla chorych. Wbrew normie przyjętej we Francyi, która za największą ilość dzienną nalewki jodowej uważa 1,0 czyli 61 kropli, stosuje autor u swych chorych do 100—200, a nawet 350 kropli dziennie. Lek ten zadaje twórca nowej metody leczenia gruźlicy w dawkach małych, lecz częstych, dolewając po kilka aż do kilkudziesięciu kropli nalewki jodowej do każdej szklanki napoju. Za najodpowiedniejszy płyn uważa autor wodę z nieznaczną domieszką wina czerwonego, dalej mleko, herbatę, kawę, jedynie z czystą wodą jodyna jest przykra do picia.

W liście prywatnym, otrzymanym świeżo, pisze mi Dr Boudreau, że stosowanie nalewki jodowej u swych chorych zaczyna od jednej kropli na każdą szklankę płynu, które chory wypija przez dzień, powiększa tę dawkę codzień lub co drugi zależnie od wrażliwości danego osobnika i dochodzi do dawek, które uważa za wystarczające, a które są różne w każdym przypadku. »Toutes les formes de tuberculose paraissent dès à présent plus ou moins justiciables de la méthode. Des cas recents l'indiquent«.

Prócz nalewki jodowej autor próbował stosować i inne przetwory jodowe, uważa jednak nalewkę za najodpowiedniejszą, nie sprawia ona bowiem jodzicy nawet przy takich dawkach, jak 350, a nawet 400 kropel dziennie; natomiast, zdaniem Dr Boudreau, należy unikać jodków wogóle, a jodku potasu w szczególności, gdyż przetwory te wywołują objawy, które autor nazywa »jodurisme«.

Metoda Boudreau dała mu tyle wyzdrowień, szczególniej wśród nauczycieli, którzy podczas leczenia, trwającego od $^1/_2$ roku do 2 lat, nie byli zmuszeni przerywać pracy zawodowej, że autor gorąco zachęca do jej stosowania. Działanie lecznicze jodu przy gruźlicy opiera Boudreau na dwu przesłankach: 1) Przy obecnym stanie naszych wiadomości jod jest przy gruźlicy lekiem swoistym, heroicznym i działającym bezpośrednio. 2) Jod należy stosować przy gruźlicy w początkach z ostrożnością, zwiększając stale dawki i dążąc do tego, by dojść do ostatnich granic tolerancyi ustroju chorego. — Kładę nacisk«, pisze autor, »na to, że nie wolno mówić o nietolerancyi ustroju, pókiśmy jej ściśle i dokładnie nie określili. Będziemy zdumieni, widząc, jakie ilości jodu może znieść bez najmniejszego szwanku ten czy ów osobnik«.

Pytany przezemnie o dane statystyczne co do wyników leczenia, Boudreau odpowiada 27. IV. 1914: »Je suis heureux de la résolution que vous avez prise de communiquer mon travail á la Sociète médicale de Łódź, car je désire comme vous que le plus grand nombre de malades aient la possibilité d'échapper au terrible fléau. Vous aurez et tous nos confrères auront ce plaisir et cette satisfaction profonde de voir revenir peu à peu vers la santé des malades qui paraissaient déjà condamnés sans rémission. Ce bonheur est fréquent chez moi. Malheureusement je n'aurai pas le plaisir de vous contenter sur un point. Pendant 10 ans j'ai travaillé à obtenir la guérison des tuberculeux et non pas à préparer des publications. Le devoir de publier les résultats acquis s'impose aujourd'hui et je l'accomplis de mon mieux; mais je n'ai jamais établi de statistique et je n'ai jamais conservé par écrit les détails de la maladie dans les cas particuliers. D'autres auteurs m'ont déjà demandé ce que vous me demandez. Je leur ai répondu, comme à vous-même. J'ai condensé dans le travail que vous connaissez tout ce que je sais, tout ce que je pense de la méthode que j'ai instituée et qui continue à me donner des succès constants. Mais je n'ai pas fait de statistique. Je n'en ai pas eu le loisir et je n'essaierai pas de refaire un calcul par approximation qui ne prouverait rien et qui me donnerait un surcroit de travail considérable tout en restant illusoire. D'autres feront des statistiques. J'ai fait autre chose et vous jugerez bientôt sans doute que ceci est encore le principal. Je cite des cas assez imposants pour décider nos confrères. La plupart ont trouvé les arguments assez convaincants. Les premiers essais contribueront aussi à entrainer définitivement les adhésions«.

St. Skalski.

*) Według komunikatu w Tow. lekarskiem łódzkiem w d. 3. IV. 1914.

Dr Władysław Ołtuszewski: **O chorobach mowy, zwyrodnieniu psychicznem oraz higienie mowy.** (Szkic popularny). Warszawa 1914, str. 37.

Zasłużony badacz zboczeń mowy, znany w naszem piśmiennictwie z wielu prac ścisłych w tym zakresie, udostępnia w treściwej broszurze szerszym kołom inteligencyi najważniejsze wiadomości o jąkaniu, bełkotaniu, mowie nosowej, różnych rodzajach niemoty i t. d. Broszura przynieść może tem większy pożytek, że autor opiera się na swem bogatem wieloletniem doświadczeniu. Z.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna teoretyczna.

N. Krawkow: **O wpływie trucizn na naczynia wieńcowe serca.** (Rus. Wracz Nr 1,1914 r.). Wpływ trucizn na stan naczyń wieńcowych serca mało jest jeszcze poznany, głównie ze względu na trudności techniczne takich badań. Naczynia wieńcowe serca, znajdując się wśród stale rytmicznie pracującego mięśnia, zmieniają swoje światło nietylko pod wpływem rozmaitych ciał chemicznych, ale też pod wpływem każdego skurczu mięśnia. O ile więc badany środek wywiera wpływ na mięsień sercowy lub nerwowe jego ośrodki, regulujące czynność serca, odbijać

się to musi także i na ilości krwi, przepływającej przez naczynią serca. Liczne prace Brown-Sequarda, Meyera, Maasa, Portera, Schaefera, Dogela, Archangielskiego i innych, niedość jeszcze wyjaśniły sprawę innerwacyi naczyń wieńcowych serca, co także znacznie utrudnia badania nad wpływem trucizn na stan naczyń wieńcowych. Autor, opracowując odnośną technikę badań, wychodzi z tego założenia, iż naczynia krwionośne ucha króliczego nawet po kilku dniach po śmierci pozostają bardzo wrażliwe na działanie różnych trucizn. Stwierdzono to wiele razy w badaniach w pracowni prof. Krawkowa. Okazało się, iż także naczynia wieńcowe serca długo jeszcze po ustaniu ruchów serca posiadają własność oddziaływania na bodźce natury chemicznej. Technika więc badań prof. Krawkowa polegała na tem, iż wyczekiwał on dopóty, aż izolowane sposobem Langendorffa serce, przez które przepływał płyn Ringer-Lockego nieutleniony (co przyśpieszało ustanie ruchów serca), przestawało poruszać się we wszystkich swych częściach i wtedy przepuszczał przez naczynia wieńcowe płyn Ringer-Lockego czysty lub z domieszką badanych składników w różnem rozcieńczeniu. Dalsze badania wykazały, iż rozczyny strofantyny, silnie działającej na układ mięśniowo-nerwowy serca i szybko znoszącej pobudliwość tego układu, bardzo łatwo mogą być wymyte płynem Ringer-Lockego ze ścian naczyń wieńcowych serca, które szybko odzyskują swą pobudliwość, co też wyzyskał autor w swych badaniach. Ten ostatni sposób okazał się tem lepszym, iż wyniki otrzymywane z jego pomocą były wybitniejsze, zależnie od krótszej przerwy pomiędzy wyjęciem serca, a początkiem badań. O stanie światła naczyń krwionośnych serca sądził autor z ilości płynu wyciekającego z żył wieńcowych serca podczas wlewania płynu do tętnic w czasie zupełnego zatrzymania się działalności mięśnia sercowego. Otrzymane zapomocą tej metodyki badań wyniki są następujące: 1) Adrenalina nie zwęża naczyń wieńcowych serca, czasem zaś je nawet rozszerza. 2) Kofeina i teobromina znacznie rozszerzają naczynia serca. 3) Histamina, tyramina, nikotyna, pilokarpina i sole borowe zwężają naczynia sercowe. 4) Zwężanie się światła naczyń wieńcowych serca pod wpływem tych ciał jest mniej wybitne, niż w naczyniach obwodowych, rozszerzanie się zaś zachowuje się odwrotnie. 5) Układ współczulny rozszerza, nerw zaś błędny zwęża naczynia wieńcowe serca.

Z. Gilewicz (Kijów).

B o v e r i: **Zmiany w tętnicy głównej małp, wywołane przez kiłę.** (La Riforma medica Nr 23, 1913). Dotychczas utrzymywało się zdanie, że kiła sama zdolna jest wywołać w naczyniach wszystkie stopnie miażdżycy, t. j. począwszy od stwardnienia aż do zmian rozpadowych. Obecnie jednak coraz bardziej zyskuje przewagę zapatrywanie, że sama kiła nie wiedzie do zmian rozpadowych, tylko stwarza dla nich podłoże, wywołując samo stwardnienie. Zapatrywania te znajdują poparcie w doświadczeniach B., przeprowadzanych w zakładzie Pasteura nad małpami: Jedną część zatruwał B. adrenaliną i nikotyną i w krótkim stosunkowo przeciągu czasu znalazł u wszystkich w tętnicy głównej zmiany miażdżycowe (ateromatosis). Natomiast w aortach małp, które od dłuższego czasu poddawał zatruciu kiłowemu, znalazł B jedynie tylko swoiste zmiany sklerotyczne. Wynika z tego, że sam jad kiłowy nie jest zdolny wywołać zmian miażdżycowych (ateromatycznych), które dopiero wtedy występują, jeżeli dołączy się jeszcze przewlekłe zatrucie jakąś inną trucizną, n. p. adrenaliną lub nikotyną. Wyniki te nabierają tem większego znaczenia dla patologii ludzkiej, że budowa aorty jest u małpy i człowieka prawie taka sama. Dr T. T.

Medycyna wewnętrzna.

S k ó r c z e w s k i. **Wpływ atofanu na wydzielanie urochromu.** (Zeitschr. f. exp. Path. u. Ther. T. XIV. Z. 1. 1913). Podawanie atofanu wpływa na wzmożenie wydzielania urochromu. Wszystkie badania chemiczne autora wykazują równoległe zwiększenie wydzielania siarki obojętnej i urochromu. N.

H o h l w e g. **Badanie czynnościowe wątroby.** (Münch. med. Woch. 1913, 41.). Oznaczanie tolerancyi dla lewulozy może dać ważne wskazówki, tyczące się stanu wątroby. Im większemu zniszczeniu ulega miąższ wątroby, tem silniej zmniejszona jest tolerancya dla lewulozy. Autor badał w przeszło tysiącu przypadków tę tolerancyę; zależnie od ciężkości schorzenia podawał po 100, 75, przy silnej żółtaczce po 50 gr lewulozy, rano na czczo w 300 gr mleka; mocz zbierał w ciągu 6 godzin w odstępach 2-godzinnych i badał odczynem Seliwanoffa. Według własnego doświadczenia uważa autor tę metodę za użyteczną i łatwą. N.

D i e t e r l e, H i r s c h f e l d, K l i n g e r. **Studya nad endemicznym wolem.** (Münch. med. Woch. 1913, 33). Autorowie przeprowadzili w szeregu gmin górskich szwajcarskich ile możności najdokładniejsze badanie ludności; równocześnie badali dokładnie wodę do picia, jakoteż uwzględnili w badaniach nietylko własności geologiczne danych okolic, lecz także i źródeł, na podstawie dokładnych fachowych orzeczeń. Wyniki tych badań stwierdzają, że endemia wola nie stoi w związku z pewną geologiczną formacyą; we wsiach bowiem, które pobierały wodę z różnych źródeł, endemia wola niezależnie od tego w różnych odpowiednich częściach wsi jednakowo silnie się zaznaczała, z drugiej znów strony przedstawiała się ona różnie co się tyczy natężenia we wsiach, które pobierały tę samą geologicznie wodę. Endemia wola zależałaby zatem nie od geologicznych, lecz raczej od innych czynników, jak położenie, komunikacya oraz stosunki zdrowotne wogóle. W niektórych miejscowościach przypadki wola nie są równomiernie rozsiane, lecz nagromadzają się w pewnych rodzinach i domach.

Przez pojenie wodą szczurów w różnych miejscowościach stwierdzono, co następuje: W miejscowości, gdzie wole się pojawia, udaje się wywołać wole u szczurów; w badaniach autorów wynosi liczba takich zwierząt 40—7%. Natura wody, którą szczury w danych miejscowościach pojono, nie ma znaczenia dla powstawania wole. Zwierzęta, pojone nietylko świeżą, lecz i przegotowaną wodą, dostają również wola. Można było wywołać wole i wtedy, gdy pojono zwierzęta w danem miejscu wodą, która u swego źródła nie wywoływała wola. W stajni miejscowości wolnej od wola nie udawało się z początku wywołać wola wodą, pochodzącą z miejsc wolowych; później spostrzegano kilka dodatnich wyników; w tych przypadkach nie można jednak wyłączyć zakażenia przez zetknięcie (Kontaktinfektion). Ponieważ zatem w okolicach wolowych, jak się stwierdza, można wywołać wole piciem wody, pochodzącej z okolic wolnych od wola, przeto teorya, przyjmująca wodę za przyczynę powstawania wola, okazuje się niewystarczającą. N.

F u c h s. **Badania doświadczalne na zwierzętach nad swoistością zaczynów ochronnych proteolitycznych.** (Münch. med. Woch. 1913, 40). Autor przeprowadzał badania surowic królików, którym na kilka dni przed upustem krwi wstrzykiwał śródbrzusznie 2 gr substancyi różnych narządów. Badania dowodzą bezwzględnej swoistości narządowej zaczynów ochronnych Abderhaldena, wykazują jednak równocześnie, że nie ma tu swoistości gatunkowej. Tak n p. surowica zwierzęcia jednego po wstrzyknięciu nerki ludzkiej działała tylko na nerkę i to jakiegokolwiek gatunku, natomiast nie oddziaływała z różnemi wątrobami tego samego gatunku; drugie zwierzę, któremu wstrzykiwano mięśnie ludzkie, oddziaływało tylko na mięśnie, bez względu na to, którego były gatunku, a nigdy nie na wątrobę; trzecie zwierzę, któremu wstrzykiwano nerkę cielęcia, oddziaływało tylko na nerkę, a nie na mięśnie, ani na wątrobę tego samego gatunku; zwierzę czwarte, któremu

wstrzykiwano wątrobę cielęcą, oddziaływało z różnemi wątrobami, natomiast nigdy z nerką tego samego gatunku. N.

Litzner. **Przyczynek do dyagnostyki i kliniki niegruźliczych schorzeń szczytów płuc.** (Münch. med. Woch. 1913, 44). Istnieje bardzo znaczna liczba przypadków, które przebiegają wśród objawów wyraźnego nieżytu szczytów, a tymczasem nie są wcale przyrody gruźliczej. W tych przypadkach wchodzą w rachubę głównie choroby w następstwie wdychania pyłu, zwłaszcza pylice węglowe i grzybice, t. zw. pneumonomykozy. Autor sam spostrzegał kilka przypadków przewlekłego nieżytu szczytów płuc, z których jeden był wywołany przez prątka grypy, drugi przez dwoinkę zapalenia płuc, trzeci wreszcie przez prątek rzekomo-gruźliczy Pfeiffera. Prócz tego pewne schorzenia oskrzeli sadowią się w szczytach, nie będąc wcale przyrody gruźliczej. Wreszcie przy nieżytach szczytowych należy pamiętać o niedodmie szczytowej, o stwardnieniu (Kollapsinduration), jakoteż o zawałach i nowotworach. N.

Pol. **Ostry napad mocznicowy i jego leczenie.** (Wien. med. Woch. 1913, 39). Ostra mocznica stanowi niejako przełom naczyniowy w przebiegu zapalenia nerek i różni się od innych podobnych tylko tłem, t. j. tem, że towarzyszy zapaleniu nerek. Rozpoczyna się zazwyczaj wtedy, gdy powstaje napadowe wzmożenie się ciśnienia i kończy się z chwilą jego spadku. Stwierdzenie działania papaweryny obniżającego ciśnienie naprowadziło autora na myśl zwalczania wzmożonego parcia mocznicowego tymże środkiem. Spostrzeżenia autora wykazują rzeczywiście, że papaweryna zdolna jest obniżać owo ostre podniesienie się ciśnienia w mocznicy. W przeważnej liczbie przypadków, w których występowały charakterystyczne objawy wstępne, po podaniu papaweryny nie zjawiały się ani objawy sercowe, ani mózgowe, właściwe mocznicy, ani też nie nastąpował bezmocz. Skutek zależnie od czasu działania był wprawdzie zmienny, trwał jednak dość długo. Spostrzeżenia te pouczają, że możliwem jest niebezpieczne objawy ostrego napadu mocznicy usunąć przez zwykłe obniżenie ciśnienia, byle tylko postępowanie było rychłe i odpowiednie. Papawerynę podawał autor w dawkach od 0,02—0,04 wewnętrznie lub podskórnie. N.

Weill. **Azotemia w przebiegu przewlekłych zapaleń nerek.** (Dissert. inaug. 1913. Paris). Oznaczanie zawartości azotu pozostającego (Reststickstoff) w surowicy krwi jest ważnym środkiem pomocniczym dla rokowania w przewlekłych zapaleniach nerek. Przy ilości reszty azotu (Rest. N.) w surowicy od 0,5—1 gr na litr rokowanie co do życia nie jest bezwzględnie niekorzystne, przy ilości 1—2 gr trwanie życia określa się nie więcej, niż na rok; ilości zaś azotu 2—3 gr lub większe stwierdza się już tylko w ostatnich okresach choroby. W związku z azotemią powstaje szereg objawów, jak n. p. zaburzenia psychiczne, które potęgują się aż do śpiączki, dalej zaburzenia trawienne, świąd, zapalenie białkomoczowe siatkówki, wreszcie skaza krwotoczna, przebiegająca ze szczególnemi zmianami we krwi. Niektóre przypadki wykazują objawy azotemiczne bardzo wybitne, jednak bez obrzęków, ani zatrzymania soli kuchennej w ustroju. Często stanowi azotemia końcowe powikłanie choroby Brighta. Białkomocz nie jest stałym objawem u chorych azotemicznych; wzmożone ciśnienie krwi stwierdza się zawsze, jednakże bez ścisłego związku między wysokością ciśnienia a stopniem azotemii. Szereg historyi chorób objaśnia spostrzeżenia autora. N.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Akademia Umiejętności w Krakowie.

Wydział matematyczno-przyrodniczy.

Posiedzenie d. 3. lutego 1914.

1) Czł. J. Talko-Hryncewicz przedstawił pracę własną: **Odtworzenie kilku typów postaci historycznych, spoczywających na Wawelu.** Autor starał się odtworzyć typy antropologiczne: Władysława Łokietka, Kazimierza Wielkiego, Władysława Jagiełły, jego żony Jadwigi, Anny Jagiellonki, Anny Rakuskiej, żony Zygmunta III, i Zbigniewa Oleśnickiego, opierając się co do Kazimierza Wielkiego na pracy J. Majera z r. 1869, co do Jadwigi i Zbigniewa Oleśnickiego na pomiarach dokonanych przez I. Kopernickiego, nie ogłoszonych dotychczas, na szkicach Jana Matejki, przedstawiających czaszki Anny Jagiellonki i Anny Rakuskiej, wreszcie na starych dziełach sztuki i źródłach historycznych.

2) Czł. N. Cybulski przedstawił pracę p. S. Adlerówny: **Przyczynek do analizy kojarzeń łańcuchowych.** Osobom badanym podawano jako źródło kojarzenia dwa wyrazy równocześnie. Treść ich wytwarzała albo połączenie absurdalne, t. j. nie spotykane w życiu, albo też wyobrażenia dobrane były tak, że jedno mogło wytwarzać z drugiem powiązanie kojarzeniowe. Osoby badane kojarzyły szeregami wyobrażeń. Treść łańcuchów i czas reakcyi notowano. Wyniki doświadczeń streszczają się, jak następuje: 1) O ile treść zestawienia była zabarwiona afektywnie, kojarzący w łańcuchu kojarzeń wyrażał zawsze swą zgodę lub protest, zależnie od tego, czy zestawienie zawierało potwierdzenie lub zaprzeczenie jego pragnień. 2) Treść kojarzenia do podniet afektywnych nawet w długich łańcuchach nie odbiega od treści podniety. 3) Czas reakcyi, dłuższy przy reakcyach na zestawienia afektywne, krótszy przy obojętnych, okazuje szczególne przedłużenia przy zestawieniach rozwiązanych negatywnie. 4) Przy zestawieniach afektywnych ich absurdalny charakter skraca czas reakcyi, przy obojętnych przedłuża. 5) Treść kojarzeń do podniet obojętnych odbiega daleko od treści podniety. 6) Pierwsze reakcye do podniet obojętnych logicznie bliżej nawiązują się do treści podniety, niż pierwsze reakcye do podniet afektywnie zabarwionych. Na podstawie tych danych starano się wykazać, iż kojarzenie jako proces samorzutny zależy od afektywnych popędów, które przy podnietach afektywnych wiążą się z podnietą, przy obojętnych są od niej niezależne.

Dnia 5. grudnia 1913 r. odbyło się posiedzenie **Komisyi historyi nauk matematycznych i przyrodniczych,** na którem m. i. przedstawiono następujące komunikaty:

1) Prof. Rostafiński: **Pierwsza wiadomość o mikroskopie w Polsce.** Pod koniec XVIII w. mikroskop już był o tyle udoskonalonem narzędziem, że A. Leeuwenhoek robi między r. 1693—1703 cały szereg odkryć, jak postaci krwinek, plemników, wymoczków, prążkowania mięśni i t. d. Niepodobna więc przypuścić nawet, żeby nie był u nas oddawna znany. Jednakże nie mamy takiej literatury, w jakiejby mogła być o nim mowa. Dopiero w kalendarzu S. Duńczewskiego z r. 1754 w artykule p. t. »Domowa zabawa« jest między innemi mowa o wyborze nasion i taki dosłowny ustęp: »Najlepiej zaś wszelkie grana rozeznawane bywają przez Microscopium albo też przez szkło, małą rzecz w wielkości reprezentujące«.

2) Dr J. Lachs: **Z dziejów łaziebnictwa krakowskiego.** Dzieje łaziebnictwa sięgają bardzo daleko wstecz, gdyż najdawniejsze źródła, odnoszące się do historyi miasta Krakowa, wspominają o łaźniach i łaziebnikach. Dowodem tego także wielka liczba łaźni, które już w XVI wieku w Krakowie istniały, a rezultatem bardzo wczesne zorganizowanie się stanu łaziebniczego i powstanie cechu łaziennego, który już w r. 1405 istniał, gdyż wtedy już zatwierdzili rajcy krakowscy dwóch »starszych«, przez członków tego cechu wybranych. Do cechu należała piecza nad interesemi stanowymi, a od wyroku jego przysługiwało odwołanie się do »rady«. Cech ten przestał już bardzo wcześnie

istnieć i zlał się z cechem chirurgów. Aktów jego niema, gdyż zaginęły. Łaźnie mogły być własnością miasta, obywateli, a nawet i kapituł: mógł je więc posiąść każdy, kto je drogą kupna lub spadku nabył, lub też kto na ich budowę uzyskał zezwolenie od »rady«. Nadzór nad łaźniami miała »rada«. Wygląd dawnych łaźni nietrudno sobie odtworzyć, gdyż w aktach znajdują się odpowiednie zapiski. Były to zabudowania, urządzone z pewnego rodzaju przepychem i dające znaczne wygody kąpiącym się. Za kąpiel płacono, a cechy określały obok ceny nawet czas i częstość kąpieli dla swoich członków. Liczba łaźni krakowskich zmalała jużto z powodu niedbałości ich dzierżawców, którzy tylko niechętnie łożyli koszta na ich utrzymanie, już też — i to głównie — z powodu zniszczenia rurociągu krakowskiego przez Szwedów.

3) Prof. Birkenmajer: **Drobne wiadomości do życia i do naukowej działalności Jerzego z Drohobycza, dra medycyny, profesora, lekarza i astronoma polskiego z XV stulecia.** Osobistość ta, prawie że zapomniana, należy przecież do ciekawszych postaci naszych uczonych w XV stuleciu. Był on wychowańcem Uniwersytetu krakowskiego, wpisany na wydział »artium« w r. 1468, równocześnie z Wojciechem Brudzewskim, z którym też znowu razem w 2 lata później (»pro festo s. Luciae a. 1470«) składa egzamin na bakałarza. Z początkiem 1473 r. zostaje magistrem, zaczem gubi się jego ślad w Uniwersytecie krakowskim, a odnajduje się dopiero w Bolonii. Tutaj nasz młody uczony spędził kilka lat życia — co najmniej cztery — tutaj widzimy go, jak świadczą Rotuły Uniwersytetu bolońskiego, w trzech latach szkolnych 1478/9, 1480/81 i 1481/82 już na stanowisku profesora astronomii, obok drugiego jeszcze profesora tego samego przedmiotu, mag. Hieronyma de Manfredis. Z tych czasów pochodzi jedyne dotychczas znane jego pisemko, w połowie astronomiczne i astrologiczne, dochowane jako rękopis w jednej z bibliotek zagranicznych, pochodzą bliższe stosunki jego do innego znów, a niepospolitego uczonego polskiego, bawiącego równocześnie w Bolonii, Mikołaja z Kwidzynia, humanistycznie zwanego także »Abstemius«. Kiedy powrócił do kraju, na razie nie wiadomo; pewnem jest jednak, że stało się to przed 1487 r., w tym bowiem roku (ów następ.) znajdujemy go wymienionego pomiędzy profesorami wydziału lekarskiego (z filozoficzn.) Uniwersytetu w Krakowie. Dłuższa o nim z r. 1487 zapiska, dochowana wśród jednego z inkunabułów Biblioteki Jagiell., a dzisiaj zaledwie czytelna, świadczy o trwałem jego zamiłowaniu do astronomii, a zarazem zdradza prawdziwe jego nazwisko: Kotermak. Inna znowu zapiska współczesna podaje dokładną aż po dzień i godzinę (!) datę jego śmierci, zaszłej w Krakowie »4 februarii a. d. 1494, feria tertia, circa 23 horam«. Z poszukiwań Dra Lachsa (Arch. do dziejów literatury i oświaty w Polsce, T. XII, 1910, str. 109) wynika, że był on fizykiem królewskim (Olbrachta?), oraz scholastykiem kruszwickim. Także w »Acta rectoralia« Uniwersytetu Jagiellońskiego znajdują się o nim dość liczne, lubo już drugorzędne wiadomości. Referent wykazuje wreszcie, że mag. Georgius de Drohobycze, Georgius de Leopoli, a zagranicą także piszący się niekiedy Georgius de Russia, występujący w różnych aktach i dokumentach drugiej połowy XV wieku, zawsze z godnością doktora medycyny, jest jedną i tą samą osobą.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z d. 18 II 1914.

Obecnych 68 członków. Przewodniczy kol. Kader.

1) Odczytano protokół z poprzedniego posiedzenia.

2) Kol. Ciechanowski przedstawił preparat anatomiczny z przypadku, w którym przed kilku miesiącami wykonano pozą Krakowem operacyę z powodu zapalenia wyrostka robaczkowego, przed kilku zaś dniami z powodu objawów, wskazujących na możliwość ropnia wątroby lub ropnia podprzeponowego, wykonano laparotomię w klinice chirurgicznej krakowskiej. Przy tej laparotomii pomimo mnogich nakłuć próbnych wątroby nie wykryto ropnia; operowany zmarł wśród objawów ropnicy i zapalenia otrzewnej. Przy sekcyi, oprócz starej blizny w okolicy biodrowokątniczej prawej, świeżej rany polaparotomijnej, niewielkich, ale ścisłych zrostów w dolnym załamku lewej opłucnej, mnogich świeżych ropni przerzutowych w obu płucach i ogólnego zapalenia ropnego otrzewnej, znaleziono rozległe i ścisłe zrosty w okolicy kątnicy i wyrostka robaczkowego, więzadła dwunastniczo-wątrobowego, odźwiernika i śledziony i nieco wiotkich zrostów wątroby z przeponą. Wśród zrostów w okolicy kątnicy znajdował się wyrostek robaczkowy, w połowie długości po stronie zewnętrznej przedziurawiony do leżącego tu wśród zrostów starego ropnia wielkości laskowego orzecha, zawierającego treść ropno-posokowatą. W żyłach krezkowych, biorących początek z tej okolicy, światło zatkane szczelnie skrzepami, po części ropnie rozmiękającymi; skrzepy te sięgają aż do pnia żyły wrotnej i do niektórych jej gałęzi w obrębie lewego płatu wątroby, a w drugorzędnych gałązkach tego płatu, których ściany są zgrubiałe i naciekłe, znajduje się obficie gęsta ropa. Drobniejsze śródwątrobne gałązki żyły wrotnej nie zmienione; nigdzie też w samym miąższu wątroby niema większych ropni. Żyła śledzionowa jest również wypełniona skrzepem za życia powstałym, w części ropnie rozmiękającym; w samejże śledzionie blizko wnęki starszy ropień wielkości orzecha laskowego. Pomiędzy żebrową częścią przepony, a powierzchnią śledziony wśród zrostów płaski ropień na przestrzeni dłoni, bez żadnego połączenia z ropniem śródśledzionowym.

W przypadku tym zatem, jako **następstwo zapalenia wyrostka i ropnia przywyrostkowego** otorbionego, powstało zapalenie ropne zakrzepowe żył krezkowych, żyły wrotnej i śledzionowej i ropień otorbiony podprzeponowy przyśledzionowy, dłużej się ciągnące, a w końcu szybki dalszy postęp ropnicy (świeże przerzuty w płucach). Dodać należy, że przewody żółciowe i pęcherzyk żółciowy były prawidłowe.

Kol. Kader podaje szczegóły kliniczne, tyczące się przypadku, którego obraz sekcyjny omawiał kol. Ciechanowski. W przypadku tym rozpoznanie kliniczne ropnicy było trudne. Chory zgłosił się do kliniki po przebytej przed 4 miesiącami operacyi otwarcia ropnia w okolicy kiszki ślepej. Po zabiegu operacyjnym leżał w szpitalu przez $3^1/_2$ miesiąca, dopóki rana pooperacyjna nie zagoiła się w zupełności. Przed zgłoszeniem się do kliniki od 2 tygodni miewał gorączkę i dreszczyki, od kilku dni skarżył się na kłucie w piersiach. Zabarwienie żółtawe skóry i spojówek pojawiło się również przed kilkoma dniami. Badaniem fizycznem daje się stwierdzić powiększenie znaczne stłumienia wątrobowego, wyraźne wysklepienie okolicy łuku żebrowego prawego. Ciepłota 38°, leukocytoza 2—4 tysięcy. Wysiew z krwi nie wykazał żadnych drobnoustrojów. Na drugi dzień pobytu chorego na klinice dokonano zabiegu operacyjnego, przypuszczając ropień wątroby, jako przerzut po ropnem zapaleniu wyrostka robaczkowego. Po otwarciu jamy brzusznej stwierdzono nieduże naloty włóknikowe na wątrobie i liczne świeże zlepy z otrzewną. Wątroba powiększona. Woreczek żółciowy i odźwiernik w zrostach. Dokonano nakłucia wątroby w kilku kierunkach, wydobyto jednak tylko krew. Nakłucie opłucnej dało również wynik ujemny. Woreczek żółciowy wszyto do powłok, aby w razie, gdyby żółtaczka nie ustępowała, stworzyć odpływ żółci. Po zabiegu operacyjnym chory przez kilka dni gorączkował, do 38°; stan ogólny nie poprawiał się, żółtaczka nieco zmniejszyła się. Koło 7. dnia ciepłota spadła na 36,5° i od tego dnia aż do zejścia śmiertelnego nie podnosiła się ponad 37°. Stan ogólny pogarszał się z każdym dniem.

3) Kol. Wachholz wygłosił odczyty: 1) **O szkielecie, wydobytym na Wawelu w r. 1913.** i 2) **O nowej sekcie religijnej** (rzeczy drukiem ogłoszone). W dyskusyi na temat sekt religijnych zabierali głos kol. Damski i Rydel.

4) Kol. Landau przedstawia chorego z **nowotworem w moście Warola.** U chorego, z zawodu rolnika, l. 33, wystąpiły pierwsze objawy obecnej choroby na 14 miesięcy przed zgłoszeniem się chorego do ambulatoryum kliniki chorób nerwowych i umysłowych. Przez pierwszych kilka miesięcy odczuwał chory jedynie tylko cierpnięcie w palcach ręki prawej i miał takie uczucie, jak gdyby te

palce były odmrożone. Z ręki tej wypadały mu nieraz przedmioty, mimo że miał w niej dobrą władzę. W 6 miesięcy od rozpoczęcia się choroby objęło owo ścierpnięcie rękę aż po łokieć, a równocześnie dołączyły się: osłabienie ruchowe i parestezye i w zakresie dolnej prawej kończyny. Od 4 wreszcie miesięcy znaczne pogorszenie. Wystąpiły silne bóle głowy, potęgujące się podczas każdego ruchu, a nie ustępujące nawet po zażyciu proszków, szum i dzwonienie w obu uszach »jakby w jakiej fabryce huczało«, migotanie przed oczami, chód niepewny z zataczaniem się, a wreszcie gwałtowne wymioty i pobudzenia do wymiotów, niezależnie od tego, czy co spożył, czy też jest jeszcze naczczo. Badanie przedmiotowe: silna budowa ciała, odżywienie dobre. Wyraz twarzy cierpiący. Czaszka bolesna w okolicy czoła, skroni i potylicy — po prawej bardziej, niż po lewej stronie. Szpara powiekowa prawa nieco szersza, niż lewa. Przy skojarzonym ruchu gałek ocznych w stronę lewą, gałki przekraczają nieznacznie tylko linię środkową. Lekkie poziome prawostronne drżenie oczu Nieznaczny niedowład n twarzowego prawego, pochodzenia ośrodkowego. Objawy częściowego niedowładu kurczowego w zakresie obu prawych kończyn, jak również wybitny w nich bezład. Na całej prawej połowie ciała osłabienie czucia dotykowego i bólowego. Stereognozya i czucie położenia bez zmian. Odczyn Wassermanna ujemny. Płyn mózgowo-rdzeniowy drobnowidowo zmian nie przedstawia, zawiera jednak większą ilość białka; ciśnienie płynu podwyższone. Na dnie oczu lekkie przekrwienie obu brodawek n. wzrokowego. Wyraźny objaw Romberga, chód atakty czny. Kol. Landau rozpoznaje na podstawie przytoczonych objawów nowotwór w obrębie lewej połowy mostu Warola, za czem przemawia przedewszystkiem tego rodzaju zespół objawów, jak zniesienie ruchu skojarzonego gałek ocznych w stronę lewą, z równoczesnym niedowładem ruchowo-czuciowym w obrębie całej prawej połowy ciała. Za takiem usadowieniem przemawia do pewnego stopnia także i to, że pierwszymi objawami były tu objawy ogniskowe, do których dopiero po pewnym czasie dołączyły się objawy ogólne, co jest zwykle charakterystyczne dla usadowienia nowotworów w tej okolicy.

5) Kol. Rzegociński przedstawia chorego, operowanego przez siebie dwukrotnie w przeciągu krótkiego czasu z powodu **dwukrotnej niedrożności jelit**. Chory P. W., lat 22, przywieziony do szpitala Bonifratrów 12. XII. 1913, z objawami ostrej niedrożności jelit. Przed kilkunastu godzinami ostry początek choroby, silne bóle brzucha, wzdęcie nadbrzusza (meteorismus localis), zły stan ogólny, kazały rozpoznawać niedrożność skrętową, prawdopodobnie **skręt esicy**. Cięcie powłok brzusznych po stronie lewej w linii środkowej, odsunięcie ku zewnątrz brzegu mięśnia prostego od smugi białej i otwarcie otrzewnej. Znaleziono esicę skręconą o 360° od strony lewej ku prawej. Po odkręceniu skrętu stan jelita okazuje się dobry; celem zapobieżenia nawrotowi przyszyto esicę do otrzewnej ściennej (colopexia) w ten sposób, że ułożone równolegle ramiona pętli esicy przymocowano szwami jedwabnymi po obu stronach rany laparotomijnej na przestrzeni 10 cm każde. Szew powłok z odbudowaniem ściany brzusznej (Lennandra). Drożność jelit wróciła, rana zagoiła się doraźnie.

W 12 dni po operacyi chory zaczął skarżyć się na wzdęcie, brak stolca i wiatrów i na bóle w okolicy kiszki ślepej. Wysokie wlewania uspokajały na pewien czas objawy chorobowe, nawet odchodziło nieco wiatrów i trochę stolca, jednakże stan chorego pogarszał się, bóle brzucha wzmagały się i jelita poczęły wyraźnie stawiać się i rysować przez powłoki brzuszne. Objawy przemawiały za ponowną niedrożnością, tym razem z powodu zrostowego zaciśnięcia jelita. Dokonano znów laparotomii, tym razem po prawej stronie od linii środkowej, tego samego typu, co cięcie lewostronne. Obrano to cięcie, ponieważ bóle były usadowione przeważnie z prawej strony. Po otwarciu jamy brzusznej okazały się jelita cienkie wzdęte, a jelito grube zapadłe; w odległości mniej więcej 20 cm od kiszki ślepej była najniższa pętla jelita biodrowego w **ostrokątnem załamaniu** uwięziona luźnymi zlepami w szczelinie między wzgórkiem krzyżowym i jednem z ramion esicy, umocowanej do ściany brzucha. Uwolniono załamanie, wydobywszy jelito cienkie ze szczeliny. Stan jelita dobry. Celem uniknięcia nawrotu, umocowano pętlę jelita biodrowego, przyszywając ją do ściany ustalonej esicy 6 szwami jedwabnymi, poczem zaszyto otrzewnę i powłoki brzuszne. Przy otwarciu powtórnem jamy brzusznej przekonać się można było, iż umocowanie esicy było silne, lite, zrosty łączyły ją z otrzewną ścienną. Otwarcie jamy brzusznej wytłómaczyło, dlaczego po wlewaniach występowała względna drożność załamanego jelita, gdyż po zupełnem opróżnieniu esicy zmniejszał się ucisk na jelito zgięte i wracała pewna drożność, tak, iż małe cząsteczki kału i wiatry przechodzić mogły. Powyższy przypadek ciekawy jest ze względu na dwa zabiegi z powodu niedrożności w krótkim przeciągu czasu, oraz, iż przekonać się było można, że zabieg operacyjny pierwszy spełnił w zupełności swe zadanie (mianowicie można uważać umocowanie esicy za trwałe); wreszcie, że dla zapobieżenia ponownemu zagięciu jelita biodrowego zastosowano umocowanie go w typie ileo-sigmoidostomii, która stosowana w innych wskazaniach, jak wiemy, nie daje powodu do powstawania następowych zagięć i zawęźleń jelit.

6) Kol. Radliński przedstawia chorego ze swego oddziału w szpitalu Bonifratrów, którego operował z powodu **raka dolnej wargi** sposobem, najdalej uwzględniającym sąsiednie gruczoły i naczynia chłonne. Statystyki lat ostatnich, — między innemi Ostrowskiego —, wykazują 60—70% trwałych wyleczeń raka wargi dolnej. Nawroty najczęściej występują w gruczołach chłonnych, i to zarówno w etapie I. (gruczoły podbródkowe i podszczękowe), jak i w II. (gruczoły szyjne głębokie, leżące wzdłuż wewnętrznej żyły szyjnej). Co do gruczołów podszczękowych, to zauważyć należy, że drobne okazy tej grupy znajdują się często niewidzialne i niemacalne w miąższu ślinianki podżuchwowej. Postępowanie operacyjne oparte na tych danych, powinno się układać tak, aby prócz rozległego usunięcia samego nowotworu wycinać zawsze obustronnie gruczoły podbródkowe wraz z otaczającym je tłuszczem, gruczoły podszczękowe łącznie z obu śliniankami podżuchwowemi i wreszcie gruczoły, leżące wzdłuż naczyń szyjnych, i to bez względu na to, czy są macalne, czy też nie. W otwartej ranie znajdziemy je zawsze Dogodne do tego cięcie jest łukowate, równoległe do brzegu żuchwy z odchyleniem ujętego w niem płatu skórnego ku dołowi; prócz tego dwa dodatkowe ramiona, idące od końców poprzedniego cięcia w dół, wzdłuż brzegu mięśnia mostkowo-sutkowo-obojczykowego.

Sekretarz doroczny: K. Jaworski.

---

43. Zjazd chirurgów niemieckich

w Berlinie od 15—18 kwietnia 1914

podał **Dr A. Klęsk**.

(Ciąg dalszy).

8) T. Kocher: **Trwałe wyniki przeszczepiania gruczołu tarczowego u człowieka.** Gruczoł tarczowy, przeszczepiany temu samemu osobnikowi, przygaja się nieraz dobrze. Przy operacyach wola, w razie usunięcia gruczołów przytarczycznych powinno się je odrazu wszczepić, najlepiej w pozostałą część gruczołu, lub, jeżeli to niemożebne, to w inne miejsce. Gorzej przedstawiają się wyniki przeszczepiania gruczołu na inną osobę. Najlepiej jeszcze przy-

gają się gruczoł matki u dziecka. Prób przeszczepiania robić trzeba nieraz kilka, bo wynik bywa przejściowy. Dobrze wgaja się gruczoł w szpik kostny lub śledzionę. Chcąc wszczepiać gruczoł matołkowi, trzeba go najpierw przedtem »przygotowywać« podawaniem przetworów tarczycy, a gruczoł trzeba do przeszczepiania aktywować przez podawanie jodu osobnikowi, z którego ma być gruczoł wzięty, lub biorąc gruczoł chorych na chorobę Basedowa.

W dyskusyi Eiselsberg, Payr, Müller i inni donoszą o swych próbach przeszczepiania gruczołu przy charłactwie i u matołków.

9) Riedel: **Zaburzenia i niebezpieczeństwa wywołane przez wole torbielowate.** Wole torbielowate występują także i u dzieci. Nie są one wcale tak wolne od niebezpieczeństw, jak się zazwyczaj sądzi, bo mogą sięgać pod mostek i tam uciskać na narządy klatki piersiowej, a wtedy wyłuszczać ich nie można, bo krwotok może być ogromny, lecz trzeba je razem z torebką wyciąć. Torbiele często długo nie wywołują objawów i dlatego operuje się je niestety zwykle późno. Torbiele spotyka się także przy chorobie Basedowa. Przy torbielach często spotyka się wylewy krwawe, objawy zapalne, ropienia i schorzenia gruźlicze i dalsze powikłania n. p. ze strony serca.

10) Haberer: **Dalsze doświadczenia nad wycinaniem grasicy przy chorobie Basedowa i przy wolu.** H. wykonał wycięcie grasicy 8 razy przy chorobie Basedowa, 7 razy przy wolu, a raz przy myastenii. Równocześnie operował gruczoł tarczowy 14 razy, a dwa razy tylko samą grasicę. W jednym z tych przypadków operowano już dwa razy bezskutecznie tarczycę z powodu choroby Basedowa, po wycięciu zaś grasicy nastąpiło wyleczenie. W drugim przypadku, gdzie H. wyciął tylko grasicę, chodziło o myastenię; obserwacya jeszcze jest za krótka (miesiąc po operacyi), by coś stanowczego można powiedzieć. W przypadkach choroby Basedowa wynik był zawsze uderzający. Usuwać można grasicę ze skutkiem i u osób młodych. Mimo wybitnych popraw, obraz krwi nieraz pozostaje jednak nieprawidłowy i po tej operacyi. Natomiast przypadki, podane dotąd w piśmiennictwie, dowodzą, że sama operacya grasicy nie wystarcza przy chorobie Basedowa, lecz zawsze potem trzeba operować jeszcze gruczoł tarczowy. Także zdanie Klosego: »Kein Basedow ohne Thymus« nie jest słuszne, bo nieraz spotyka się chorobę Basedowa i brak grasicy. Wogóle jednak kombinacya operacyi gruczołu tarczowego i grasicy daje przy chorobie Basedowa, jak dotąd, bardzo dobre wyniki.

W dyskusyi A. Kocher zaznacza, że jego materyał przemawia za tem, że przetrwała grasica jest w chorobie Basedowa bardzo rzadka (1000 przypadków). Może więc chodzi tu o różnice geograficzne. Bezwątpienia u osób tymolimfatycznych wybucha choroba Basedowa wcześniej, ale przy niespóźnionej operacyi zabieg na tarczycy zawsze zupełnie wystarcza.

11) Momburg: **O dawkowaniu przy znieczuleniu lędźwiowem.** 1 cm^3 5% rozczynu nowokainy wywołuje znieczulenie jelit, 2 cm^3 znieczulenie aż do kolca przedniego dolnego, 3 cm^3 znieczulają jeszcze wyżej, ale już zjawić się mogą przytem przypadłości ogólne. Nie należy bez potrzeby wypuszczać zbyt dużo płynu mózgowordzeniowego. Znieczulenie powyżej pępka bywa już ryzykowne, jeżeli się je staramy wywołać drogą lędźwiową.

12) Hohmeier: **Znieczulenie miejscowe kończyn.** Znieczulenie miejscowe kończyny dolnej udaje się trudno uzyskać z pni nerwowych. Na kończynie górnej poleca H. odmianę znieczulenia splotowego ($^1/_2$ cm poniżej środka obojczyka wbija się igłę przez mięsień piersiowy mały na 2—5 cm głęboko).

Kapnis przy operacyach brzusznych podaje, że znieczula także nerw trzewny, Holzwarth omawia granice znieczulenia miejscowego w chirurgii.

13) Borchard: **W sprawie chirurgii uszkodzeń kręgosłupa.** B. omawia krwawe odprowadzenie zwichnięcia pierwszego kręgu lędźwiowego, dalej odprowadzenie krwawe zgniecenia tegoż kręgu, dołączając odpowiednie uwagi.

14) Stieda: **O wszczepianiu gruczołu tarczowego.** 3 przypadki obrzęku śluzowatego, leczone wszczepianiem gruczołów w goleń. Przejściowa poprawa w dwóch, w trzecim skutek także niezły, ale w końcu śmierć na gruźlicę.

15) Haberer zaleca **przy padaczce**, zamiast wycinania ośrodków, t. zw. **podcinanie** podług fizyologa Trendelenburga.

16) Na wieczorze demonstracyjnym omawiają: Coenen: hydradenoma cranii, Axhausen powstawanie ciał wolnych w stawach, Brandes: osteochondritis deformans juvenilis (braną często za gruźlicę stawu biodrowego), Saar improwizowane opatrunki do leczenia złamań na wojnie, Gutzeit krzywy paluch śródfalangowy.

17) Konjetzny: **O związku pomiędzy przewlekłem cierpieniem żołądka a rakiem.** O ile przecenia się może związek przyczynowy raka z wrzodem żołądka, o tyle nie docenia się tego związku z przewlekłemi cierpieniami żołądka, a jest on tu znacznie ściślejszy, lecz niestety mało dotąd badany. Praca prelegenta dowodzi właśnie, że rak niezmiernie często rozwija się na tle przewlekłych cierpień żołądka.

18) Cohn: **Gastrostomia w obrazie rentgenowskim.** Żołądek po gastrostomii przybiera zwykle postać klepsydrowatą, a napełnienie jego odbywa się w porządku odwrotnym, jak zwykle; często pokarmy przechodzą nawet wprost do dwunastnicy, co wpływa ujemnie na odżywienie. Żołądek taki nie wykonuje prawie żadnych ruchów. Fakta te tłómaczą, dlaczego zwykle odżywienie chorych po gastrostomii niewiele się poprawia.

19) Oehlecker omawia **neuropatyczne cierpienia stawowe** i sposób dokładnego uwidoczniania jam ciała zapomocą promieni Roentgena.

20) Klapp mówi o **wszczepianiu z powrotem powierzchni stawowych,** n. p. po korekcyi operacyjnej lub resekcyi.

21) Neuhaüser: **Przedstawienie preparatów dalszego rozwijania się młodych nadnerczy, wszczepionych w nerki.** N. wszczepiał starszym królikom w nerki, nadnercza z młodych; w dwóch przypadkach rozwinęły się z tego wybitne guzy.

22) Pflaumer **w leczeniu nowotworów złośliwych autolizatami** spostrzegał pewne poprawy.

23) Fritsch w odczycie o **wartości reakcyi Abderhaldena przy raku** wyraża się o tem bardzo sceptycznie.

24) Hildebrand: **Nowotwory pęcherza.** Raki pęcherza dają bardzo złe rokowanie co do operacyi. Nowotwory łagodne radzi H. operować śródpęcherzowo ale tylko, jeżeli się ma bezwzględną pewność, że guz nie jest złośliwy; niestety jednak doświadczenie uczy, że połowa rzekomo łagodnych nowotworów jest złośliwa, a przy badaniu wycinamy tylko powierzchowne kawałki, nie dające nam żadnej ściśłej pewności.

25) Joseph: **Leczenie brodawczaków pęcherza prądami o wysokiem napięciu przy pomocy cystoskopu.** Opis instrumentaryum i techniki. Leczenie to jest łatwe, działa dobrze w głąb, nie zmusza chorego do leżenia w łóżku i nie sprawia ujemnego wrażenia na chorych.

W dyskusyi podaje m. i. Frangenheim, że w przypadku niedomykalności pęcherza wytworzył zwieracz z pochewki mięśnia prostego i m. piramidalnego, a Borchard z mięśnia przywodzącego.

26) Zondek omawia niektóre **chirurgiczne schorzenia nerek** i wskazania operacyjne. Gdy obie nerki są za-

jęte, a trzeba operować, zaczyna się od gorszej, i to podejmując zabieg niewielki, n. p. pyelotomię.

27) Friedrich. **Operacyjne leczenie gruźlicy płuc.** Obecnie możemy leczyć operacyjnie także i cięższej chorych, bo operujemy w razie potrzeby dwuczasowo w znieczuleniu miejscowem. (Szczegóły podałem już w streszczeniu w »Przeglądzie«. Przyp. spraw.).

28) Carl: **Wpływanie na gruźlicę płuc przez operacyę na nerwie przeponowym.** Z doświadczeń na zwierzętach przekonał się C. o korzystnym wpływie na gruźlicę płuc unieruchomienia płuca zapomocą wycięcia kawałka nerwu przeponowego.

W dyskusyi omawia Sauerbruch wyniki swych 177 operacyi przecięcia nerwu przeponowego z powodu gruźlicy płuc; plomby nie używa. Wilms radzi operować gruźlicę i w początkach; plombę stosuje z dobrym skutkiem jako uzupełnienie innych zabiegów.

29) Hacker: **Zastąpienie przełyku zapomocą rury wytworzonej ze skóry i kiszki grubej.** U 12-letniej dziewczyny, u której dolna część przełyku została wskutek oparzenia zniszczona, wytworzył H. nowy przełyk w ten sposób, że pod skórą klatki piersiowej zrobił kanał, od góry ze skóry, od dołu z kiszki grubej. Obecnie więc przełyk, wcale dobrze spełniający swoje zadanie, składa się z trzech części: z przełyku prawidłowego w części górnej, dalej z rury ze skóry, a w końcu z rury wytworzonej z części jelita grubego, wszczepionej do żołądka.

Dyskusya: Blauel operował podobne przypadki dwa razy, wytwarzając przełyk z kiszki cienkiej, Hesse cztery razy wytworzył przełyk ze ściany żołądka.

30) Röpke: **W sprawie operacyi kurczu przełyku.** Opis operacyi rozszerzenia przełyku przez uwolnienie go od zaciskających okolicznych tkanek.

31) Halstead mówił o **próbach leczenia tętniaków** przez zaciskanie tętnic sprężynami metalowemi lub pasami powięzi.

32) Heile: **W sprawie chirurgicznego leczenia wodogłowia wewnętrznego odprowadzeniem płynu mózgowordzeniowego do jamy brzusznej i opłucnej.** W jednym przypadku wodogłowia udało się H. odprowadzić płyn z kanału rdzeniowego do jamy brzusznej, w drugim z czaszki do jamy opłucnej z pomocą wszczepionych sączków gumowych, które bez odczynu znakomicie się wgoiły.

33) Härtel przedstawia przypadki **rwy nerwu trójdzielnego, wyleczone wstrzykiwaniami** śródczaszkowemi **alkoholu.** Streissler opisuje przypadek, w którym usunięto pocisk z okolicy zatoki jamistej.

34) Stieda: **Dalsze doświadczenia nad nakłuciem spoidła przy padaczce, idyotyzmie i pokrewnych stanach.** Na zasadzie statystyki zaleca St. tę operacyę.

Dyskusya: Hildebrand z wyników nakłucia nie był zadowolony, a raz wydarzył mu się przypadek śmiertelny wskutek uszkodzenia dużej żyły. Schloffer operował 20 razy, raz wystąpiło potem porażenie połowicze. Lossen po nakłuciu widywał zawsze nawroty.

(Ciąg dalszy nastąpi).

V. Zjazd lekarzy i przyrodników czeskich.

W Zielone święta od soboty do środy pracował w Pradze piąty Zjazd przyrodników i lekarzy czeskich. Był to nietylko świetny zjazd naukowy, — ale nadto uroczystość narodowa, w której brała udział cała Praga, a z nią cały naród czeski i liczny zastęp przedstawicieli narodów słowiańskich. Zjazd zgromadził przeszło tysiąc uczestników i miał w 21 sekcyach kilka setek odczytów.

Pierwsze uroczyste zebranie odbyło się w Teatrze narodowym pod przewodnictwem prof. Wejdowskiego. Byli na niem obecni prócz profesorów uniwersytetu i obu politechnik i akademii górniczej — prezydent Komisyi administracyjnej hrabia Schönborn, prezydent czeskiej Akademii umiejętności prof. Randa, prezydent Rady krajowej rolniczej książę D. Schwarzenberg, zastępcy ministerstwa, namiestnictwa, czeskiego i morawskiego i liczni przedstawiciele narodowości słowiańskich. Z Polaków widzieliśmy r. dw. prof. Dr Wicherkiewicza z Krakowa i dziekana Wydz. lek. prof. Dr Jurasza ze Lwowa.

Po przywitaniu Zjazdu przez prof. Wejdowskiego i burmistrza miasta Pragi Dr Groša, przemawiali imieniem Polaków prof. Wicherkiewicz i prof. Jurasz, następnie przedstawiciele Serbów, Kroatów i Rosyan. Prof. Bechtierew, który sam osobiście nie mógł przyjechać, przysłał swój odczyt. Zajmującem było, że z licznych mowców słowiańskich tylko mowy Polaków były ogółem dobrze zrozumiane i nadzwyczajnie oklaskiwane.

Również wybór prof. Wicherkiewicza na honorowego prezesa Zjazdu przyjęty został z wielkim entuzyazmem. Prof. Wicherkiewicz objął więc zaraz po przemówieniach powitalnych przewodnictwo i udzielił słowa mowcy zjazdowemu, znanemu przyjacielowi Polaków, prof. Chodounskiemu, który miał odczyt: O przyczynach trwania i zaniku życia. Odczyt był nadzwyczaj interesujący, a wnioskiem jego głównym i końcowym, że tylko praca utrzymuje siły życiowe jak najdłużej w czynności.

Posiedzenie uroczyste w teatrze trwało od godz. 11. rano do 1. popołudniu i zakończone zostało przemówieniem prezesa honorowego. Popołudniu odbywały się posiedzenia sekcyjne, na których mieli odczyty z Polaków prof. Cieszyński, Jurasz, Grabowski i Wicherkiewicz.

Wieczorem odbył się raut w prześlicznych salach »Domu reprezentacyjnego« u Prasznej Bramy, urządzony kosztem miasta Pragi, a na drugi dzień przyjęcie gości słowiańskich przez prezydyum Zjazdu, gdzie w bardzo ożywionym nastroju poznaliśmy wybitnych działaczy narodowych prawie wszystkich Słowian.

Wieczorem grano na cześć Słowian w teatrze narodowym operę »Hubiczka« Smetany.

Od soboty do środy odbywały się dwa razy dziennie posiedzenia. Oprócz tego urządzono kilka wycieczek w okolice Pragi i zwiedzono zabytki Pragi samej. We wtorek drugi raut na »Żofinie«, w dużej miejskiej restauracyi.

Końcowe posiedzenie odbyło się we środę w głównej sali czeskiego Panteonu. Honorowe prezydyum miał Kroat Dr Ćaćković, a odczyt prof. B. Kucera: O atomizmie. Na posiedzeniu końcowem przyjęto jednogłośnie rezolucye o założenie drugiego czeskiego uniwersytetu w Bernie i o uzupełnienie czeskiego uniwersytetu w Pradze.

Po mowach delegatów i prezydenta Zjazdu Wejdowskiego Zjazd zamknięto. Przyszły Zjazd w r. 1919 odbędzie się w Bernie morawskiem.

Chlumsky.

II. Zjazd internistów polskich we Lwowie

w dniach 21. i 22. lipca 1914.

(Dalszy ciąg zgłoszonych wykładów).

Z kliniki lekarskiej Uniwersytetu lwowskiego: 57) Demonstracye przypadków i obrazów rentgenologicznych: a) Rodzina achondroplastów. b) Rheumatismus articulorum infantum i wpływ jego na rozwój ustroju. c) Przypadek otyłości typu Fröhlicha spostrzegany przez szereg lat. d) Exsudatum parapericardiacum (rentgenogramy). f) Morbus Barlowi (rentgenogramy), kol. prof. Gluziński, doc. Orzechowski, Pańczyszyn.

58) Leczenie benzolem spraw białaczkowych i granulomatycznych, kol. S. Klejn (Warszawa). 59) Temat zastrzeżony, kol. Pawiński (Warszawa). 60) Rozszczepienie klatki piersiowej boczne (thoracoschisis lateralis): patogeneza tego zniekształtnienia. Kol. Pechkranc (Warszawa). 61) Wrzód dwunastnicy w świetle badań promieniami Roentgena. Kol. T. Skabowski (Warszawa). 62) Wpływy termiczne na wywoływanie zapaleń płucnych; badania doświadczalne. Kol. W. Jezierski (Poznań). 63) O wpływie podwiązywania tętnicy płucnej na płuco i o znaczeniu leczniczem tego zabiegu. Kol. Ostrowski (Lwów). 64) Zapatrywania Rejchmana i Straussa na zaparcie stolca. Kol. Askenazy

(Krynica). 65) Badania kliniczne nad durem brzusznym w czasie epidemii w r. 1911/12. Kol. W. Ziembicki (Lwów). 66) Stosowanie emetyny w krwotokach płucnych. Kol. W. Ziembicki. 67) Doświadczalne badania nad emetyną. Kol. W. Ziembicki. 68) Statystyka oddziału wewn. II. szpitala powszechnego we Lwowie za ostatnie 4 lata (1910—1913). Kol. W. Ziembicki. 69) O kile płucnej na podstawie materyału szpitala powsz. Kol. W. Ziembicki i Schusterówna. 70) O przewlekłej postaci żółtego zaniku wątroby. Kol. Mund (Lwów). 71) O odczynie Moritza-Weisza. Kol. Geboth (Lwów). 72) Pieczenie na języku jako ważny objaw niedokrwistości złośliwej. Kol. N. Schneider (Lwów). 73) O chorobach kessonowych. Kol. Huszcza (Petersburg). 74) Etyologiczne znaczenie beztlenowców w patologii wewnętrznej. Kol. W. Szczawińska (Warszawa). 75) Kilka słów o wartości badania zgłębnikiem stanu żołądka na czczo; przyczynek do rozpoznawania raka żołądka. Kol. Wejnert (Warszawa). 76) O mojej elastycznej neo-perkusyi. Kol. Sędzimir (Wilamowice).

Komitet zjazdowy uprasza Sz. Kolegów o rychłe nadesłanie streszczeń zgłoszonych wykładów z równoczesnem dołączeniem przekładu na język francuski lub niemiecki. Dalsze zgłoszenia należy nadsyłać pod adresem: prof. Dr R. Rencki, Lwów, Romanowicza 3.

Wiadomości bieżące.

Autorowie polscy raczą przesyłać odbitki prac swoich kolegom, zdającym stale sprawę z piśmiennictwa polskiego do czasopism zagranicznych. Stałymi sprawozdawcami są:

Ze wszystkich działów: Komisya sprawozdawcza Towarzystwa lek. lwowskiego; prezes Prof. Dr Adolf Beck, Lwów, Piekarska 52 (Virchows Jahresber. der ges. Medizin): Dr Adam. Berlin-Buch (Deut. med. Wochenschrift), Dr Stan. Ostrowski, Petersburg, Fontanka 133, m. 7. (Russkij Wracz), Dr Fr. Veselý, Brno na Morawach (Časopis lek. českych), Prym. Dr K. Orzechowski, Lwów, Kraszewskiego 15 (Wiener med. Wochenschrift); z medycyny teoretycznej: Prof. Dr S. Bądzyński, Lwów. Piekarska 52 (Lavori e riviste di chimica etc.), Prof. Dr H. Hoyer, Kraków, św. Anny 6 (Schwalbes Jahresberichte üb. die Fortschritte der Anatomie u. Entwickelungsgeschichte, anatomia ludzka, porównawcza, histologia, embryologia, antropologia); Dr W. Szczawińska, Paryż, rue Dutot 18. (Bulletin de l'Institut Pasteur); Dr M. Friedmann, Wien IX, Allg. Krankenhaus, 27 Stiege. Z. 72. (fizyologia, biochemia, patologia doświadczalna); z medycyny wewnętrznej: (w zakresie gruźlicy) Dr S. Sterling, Łódź, Piotrkowska 111 (Intern. Centralblatt f. d. ges. Tuberculoseforschung), (hematologia): Dr Stanisław Klejn, Warszawa, Leszno 17 (Folia haematologica et serologica), doc. Dr Wł. Janowski, Warszawa, Jerozolimska 74 (Zblt f. Herzkrankh.); z chirurgii: Dr Radliński, Kraków, Kopernika 40 (Centralblatt f. Chirurgie); Dr Ant. J. Goldman, Łódź, Piotrkowska 19 (pisma francuskie), Dr A. Wertheim, Warszawa, Krucza 47 a (pisma niemieckie); Dr Okińczyc, Paryż (Journal de Chirurgie); z neurologii: Prym. Dr K. Orzechowski, Lwów, ul. Kraszewskiego 15 (Folia neurobiologica, Epilepsia, Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilkunde), Dr Serejski, Monachium, Klinika psychiatr. (Zblt f. Psycholog.); z pedyatryi: prym. Dr J. Landau, Kraków, Gertrudy 9 (Jahrbuch für Kinderheilkunde), Dr J. Brudziński, Warszawa, Włodzimierska 9, Dr H. Rozenblatówna, Warszawa, Szpital im. Karola i Maryi (Jahrbuch für Kinderheilkunde), Prof. Dr Lewkowicz i Dr Wł. Bujak, Kraków, szpital św. Ludwika, (Monatsschrift f. Kinderheilk.); z ginekologii: Dr Franc Neugebauer, Warszawa, Leszno 33 (Gynaekol. Rundschau, Zentralblatt f. d. ges. Gynaekol., pisma francuskie, Frommel's Jahresbericht), Dr Hugo Ehrlich, Przemyśl (Zentralbl. f. Gynaek. i Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynaekologie): z laryngologii i otyatryi: Dr J. Sędziak, Warszawa, Erywańska 10 (Monatschr. f. Ohrenheilk. [Berlin], Journal of Laryng etc. [London], Annals of Otology etc. [St. Louis]), Dr R. Spira, Kraków, Grodzka 51, (Archiv für Ohrenheilkunde i Monatsschrift) für Ohrenheilkunde u. Laryngologie); z dermatolo-

Les Établissements Byla, Gentilly-Paris

ROŚLINNE ENERGETYNY.

Les Énergétènes végetaux.

Czyste soki roślinne ze świeżych roślin chemicznie i fizyologicznie dawkowane ▫ 1 gram energetyny odpowiada 1 gramowi świeżej rośliny ▫ Zawiera zawsze tąsamą ilość działających składników w bezwzględnie niezmiennej postaci ▫ Soki te roślinne wytworzone według zupełnie nowego postępowania nie są ani dializatami ani wyciągami, tylko czystymi, niezmiennymi sokami o stale jednakiem działaniu i znakomitym smaku.

Wyrabiamy następujące energetyny, które polecamy uwadze panów lekarzy:

Energetyna kozłkowa — Valeriana officinalis — Énergétène de Valériane Byla
Energetyna kasztanowa — Aesculus hippocastanum — Énergétene de Marrons d'Inde Byla
Energetyna wilczycy — Viscum album — Énergétène de Gui Byla
Energetyna szałwii — Salvia officinalis — Énergétène de Sauge Byla
Energetyna porzeczki smorodyni — Ribes nigrum — Énergétène de Cassis Byla
Energetyna naparstnicy — Digitalis purpurea — Énergétène de Digitale Byla
Energetyna konwalii — Convallaria majalis — Énergétène de Muguet Byla
Energetyna janowca — Spartium scoparium — Énergétène de Genêt Byla
Energetyna sasanki późnej — Colchicum autumnale — Énergétène de Colchique Byla

266 b

Cena wszystkich rodzajów energetyny K. 4·— za flaszkę ▫ Wszystkie energetyny zażywa się kroplami lub po łyżeczce kawowej z małą ilością wody ocukrzonej.

Próbki i piśmiennictwo pozostają do dyspozycyi Panów Lekarzy.

Generalne zastępstwo na Austro-Węgry: Wiedeń VI/1, Köstlergasse 1. Telefon 5355.

gii: Prof. Dr Krzyształowicz, Kraków, Basztowa 6 (Dermatol. Jahresbericht, Archiv f. Dermatol. u. Syphilis), Dr Leon Feuerstein, Lwów, Kopernika 12 (Dermatologische Wochenschrift), Dr J. Papée Lwów, Asnyka 3, (Dermatologische Zeitschrift), Dr Turzański, Jarosław (Mediz. Klinik); z urologii: Dr A. Karwowski, Poznań, św. Marcina 54 (Jahresber. f. Urologie); z hydroterapii: Doc. Dr Kowalski, Lwów, Romanowicza 20 (Monatsschr. f. d. physik.-diät. Heilmethoden); z elektrologii: Dr J. Zanietowski, Kraków, Batorego 1 (Zeitschr. f. Elektrologie, Annales d'electrol., Archiv. f. physikalische Med., Annali de electricita med.); z okulistyki: Dr St. Lewicki, Odessa, ul. Elisawetyńska 23, m. 1. (Wiestnik oftałmologii), Dr W. Kapuściński, Poznań, Podgórna (Ringstrasse) 14 (Zentralblatt f. d. ges. Ophthalm); z historyi medycyny: Dr J. Lachs, Kraków, Jasna 2 (Mittheil. zur Geschichte der Medizin. i dział historyczny w Virchows Jahresberichte der ges. Medizin); z higieny szkolnej: Doc. Dr E. Piasecki, Lwów (Hygiène et médecine scolaires), wraz z Dr M. Bichlerową, Warszawa (Archives intern. d'hygiène scolaire).

Redakcya »Przeglądu lekarskiego« uprasza Kolegów, zdających stale sprawę do innych pism, o łaskawe zgłoszenie się celem uzupełnienia powyższego spisu.

Kraków. Krajowa Rada zdrowia zajmowała się na posiedzeniu w d. 13, VI. b. r. we Lwowie sprawą mieszkań wspólnych w Szczawnicy, zakładów leczniczych prywatnych w Piwnicznej i Zakopanem, grobowca w Żmigrodzie i okręgu sanitarnego w Bursztynie.

— Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 17. VI. b. r. posiedzenie, na którem prof. Wicherkiewicz przedstawił przypadek trichiasis operowany własnym sposobem, Dr Rudzik wynik leczenia zapalenia gardła Vincenta zawiesiną salwarsanu, Dr Michejda dwa przypadki operowanych nowotworów nerki. W dyskusyi nad tymi przypadkami zabierali głos Dr Marcisiewicz, Schöngut, prof. Wicherkiewicz, prym. Borzęcki, prof. Gliński, prof. Chlumsky. Następnie prof. Wicherkiewicz miał wykład: »O przyczynach późniejszego niedowidzenia po prawidłowo dokonanej operacyi zaćmy przeważnie starczej«.

— Pomnik Henryka Jordana w parku jego imienia zostanie odsłonięty 21. VI. b. r.

— Na fundusz im. H. Jordana dla wdów i sierot po lekarzach złożył w Redakcyi »Przeglądu lek.« radca Dr A. Krokiewicz 5 K 80 h.

— Dyplom doktorski uzyskał p. Zygmunt Ehrlich rodem z Tarnowa.

— Czasopismo »Nasze zdroje« wychodzi nadal jako wydawnictwo samoistne pod redakcyą Dr Juliusza Bandrowskiego.

— Otrzymujemy następującą wiadomość: »Koledzy, pragnący umieścić ogłoszenia osobiste lub swych zakładów w jubileuszowym Kalendarzu lekarskim na r. 1915, raczą już obecnie zgłaszać się do Redakcyi celem zarezerwowania miejsca. Redakcya Kalendarza lekarskiego, Kraków (św. Jana 18)«.

— Otrzymujemy wiadomość z prośbą o zamieszczenie, że prof. Dr Cieszyński urządza we Lwowie od 27. VI. do 4. VII. b. r. dla lekarzy dentystów kursa uzupełniające z chirurgii dentystycznej i z rentgenografii dentystycznej. Wpisywać się można na te kursa do 23. VI. b. r. Liczby uczestników w zajęciach praktycznych ograniczone do 10.

— Dr Wincenty Lisowski w Humaniu obchodził 10 b. m. jubileusz 30-letniej pracy zawodowej i społecznej. Z pochodzenia Podolanin, studyował Dr Lisowski medycynę w Warszawie, później — wskutek zesłania — w Kazaniu, doktoryzował się w Warszawie. Osiadłszy w Humaniu, zajął wkrótce wybitne stanowisko publiczne, czego dowodem wybór na posła do drugiej Dumy państwowej; niemniejsze uznanie zdobył sobie wśród kolegów, którzy w jego ręce oddali przewodnictwo w miejscowem Towarzystwie lekarskiem. Zasłużonemu Jubilatowi ślemy serdeczne: »Ad multos annos!«.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 31. V. do 6. VI. 1914 zgłoszono przypadków: błonicy 5 † — (obcych 5 † 1), krztuśca 2 † 1, ospy wietrznej 1, płonicy 32 † 4 (4 † —), odry 1 † —, duru brzusznego 6 † — (1 † —), czerwonki 1 † 1 (2 † —), róży 1 † 1 (1 † 1).

Dr Janiszewski.

Warszawa. Na posiedzeniu Wydziału III Towarzystwa naukowego warszawskiego d. 4. czerwca r. b. przedstawiono m. i. komunikaty następujące: 1) p. F. Frassotto (przedstawił p. K. Stołyhwo): Pochodzenie i rozwój kości czaszki u człowieka i ssaków wogóle. 2) pp. J. Danysz i L. Wertenstein (przedstawiła p. M. Curie): a) Próby oddziaływania promieniami α na przemiany promieniotwórcze. b) O możliwości wywołania przez pole magnetyczne anizotropii w wydzielaniu promieni α

— Towarzystwo opieki nad umysłowo i nerwowo chorymi powiększa swój zakład w Drewnicy przez budowę pawilonu dla ozdrowieńców (z fundacyi p. Kierbedziowej), pawilonu obserwacyjnego i domu przedpogrzebowego. W zakładzie Dre-

MARYÓWKA.

Lecznica Dra Józefa Zakrzewskiego

pod Lwowem

otwarta od 1 maja do zimy.

Przyjmuje chorych na leczenie, uzdrowieńców dla wzmocnienia, zagrożonych celem zapobiegania chorobom. — Gruźliczych, umysłowo chorych i odrazę budzących nie przyjmuje. — Obok wszelakiego rodzaju urządzeń leczniczych ściśle indywidualizowanie przypadków, własne radium do inhalacyi, kąpieli i picia — pracownia dla rozbiorów chemicznych i badań krwi. — Kuchnia wzorowa, zasadniczo mieszana dyeta, zastosowana do poszczególnych przypadków. 283

Wyjaśnienia i prospekta listownie: **Dr. Zakrzewski, Lwów 14, Maryówka,** lub ustnie w poniedziałki, środy i piątki od godz. 3—4 po południu **Lwów, ul. Asnyka. l. 6.**

Stacya kolei »**Maryówka**«. Telefon międzymiastowy Lwów 572. Telegramy: Lwów telefonem Maryówka.

JODTRANOL (Matula)

Likier jod-żelazisto peptonowy składu 0·60% Fe, 0·10 Mn i 0·03% jodu, dobrego i przyjemnego smaku. w działaniu zastępuje **w zupełności Tran. (Ol. Jecoris).**

Sposób użycia: jak Liq. Mangano ferri peptonati. Cena 2 K 60.

Polecone przez Świetne Tow. lekarskie krakowskie

Z pomiędzy dziś znanych przetworów **żelazistych** jest najłatwiej strawnym i nie psującym zęby środkiem

LIQUOR MANGANO FERRI PEPTONATI

składu 0·60% Fe i 0·10 Mn wyrobu

aptekarza D. MATULI w Podgórzu (Kraków).

Polecany jako środek lekko strawny, pobudzający apetyt, w błednicy, niedokrwistości, zimnicy, w zołzach, kobiecych i nerwowych cierpieniach. 206

Sposób użycia Dzieciom do lat 12 daje się 2 razy dziennie po łyżeczce od kawy z mlekiem; osoby dorosłe używają 2—3 razy dziennie po łyżce stołowej.

Na składzie w każdej większej aptece. Cena 2 Korony 40 halerzy.

Dwie flaszki posyłam franco.

wnickim przebywało w r. 1913 — 322 chorych przez 76.999 dni; koszt utrzymania wynosił 57.487 rb. W zakładzie w Karolinie leczono w tymże roku 253 chorych przez 13.350 dni; koszt utrzymania zakładu wynosił 31.193 rb. Towarzystwo, utrzymujące oba zakłady, miało w r. 1913 dochodu 87.000 rb., wydatków 92.000; członków liczy 281.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 1. VI. do 15. VI. 1914 przypadków: ospy 10 † 3, płonicy 2 † 1, duru wysypkowego — † —, błonicy — † —. Dr Trenkner.

Zmarli: Dr Cezary Neyman, jeden z nielicznych lekarzy-Polaków w Kamieńcu podolskim, założyciel i gorliwy przez lat przeszło 40 pracownik wielu miejscowych instytucyi społecznych; fizyologowie prof. Hermann w Królewcu i prof. Kronecker w Bernie; chirurg prof. Rose w Berlinie.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 24. czerwca 1914 w domu Towarzystwa (Radziwiłłowska 4) o godz. 6 wieczorem.** Na porządku dziennym: 1) Kol. Ciechanowski i Lewkowicz: Demonstracye. 2) Kol. Rose wygłosi odczyt: »O nowych badaniach nad lokalizacyą w korze mózgowej«.

HUNYADI JÁNOS
GORZKA WODA NATURALNA
NAJLEPSZY ŚRODEK CZYSZCZĄCY
ZWRACAĆ UWAGĘ NA FIRMĘ ANDREAS SAXLEHNER NA KAŻDEJ ETYKIECIE

Bad HALL w Górnej Austryi. Kąpiele jodowo-bromowe pierwszej jakości, najstarsze i najskuteczniejsze źródlisko w Europie. 34
Skuteczne w chorobach kobiecych, wysiękach, chronicznych zapaleniach, dnie, gośćcu, zwapnieniu tętnic, zołzach, kile wrodzonej, nabytej, w procesach następowych tejże i t. d.
Prospektów i wyjaśnień udziela Zarząd. — Sezon od 1 maja do 1 października.
Sanatoryum Dra v. GERSTEL otwarte i w zimie.

Dr Józef LIEBESKIND
MARYENBAD, Dom „Kronprinz“. 135

KRYNICA 136 Pensyonat i Zakład leczniczy Dr. E. ZARZYCKIEGO
od maja do października. — Wodolecznictwo na miejscu. — Żądać prospektów

Dr WŁADYSŁAW KLUGER b. Asystent kliniki chorób wewnętrznych Uniw. Jagiel. ordynuje jak lat ubiegłych 235
w MARYENBADZIE, Dom „Stadt Hannover“ Kirchenplatz.

Dr M. Wachnianin ordynuje jak ubiegłych lat od maja w KARLSBADZIE
dom »Goldener Löwe« naprzeciw Kurhausu. 243

Dr MAKSYMILIAN FUCHS 284 ordynuje jak dawniej
w Badenie (pod Wiedniem) ul. Renngasse 6.

Szczawa Krondorfska uznana za najlepszą naturalną
Najlepsze skutki w nieżytach żołądka i pęcherza, jakoteż dróg oddechowych. 205
Prospekty rozsyła na żądanie Brunnen-Unternehmung Krondorf bei Karlsbad lub też Generalna reprezentacya dla Galicyi i Bukowiny, Kraków, Grodzka 48, Lwów, Sykstuska 31.

KARLSBAD Dr W. Maleszewski b. Asyst. Kliniki krakowskiej
ordynuje jak dawniej „Haus Nastopil“.
O otwarciu własnego
SANATORIUM (PENSION MÉDICALE-DIÈTÉTIQUE)
wyjdą osobne oznajmienia. 288

IWONICZ Dr JÓZEF JASIEŃSKI ordynuje w sezonie bieżącym jak zawsze od 25 maja
Bazar. 277

MATTONI'EGO SÓL MUŁOWA

z leczniczego mułu - Soos pod Franzensbadem. :: Naturalne zastępstwo kąpieli mułowych w domu. Zastosowanie podług przepisu lekarskiego. Żądać zawsze MATTONI'EGO SOLI MUŁOWEJ. 0

SŁOWNIK LEKARSKI POLSKI
Cena w Austryi 20 koron, przesyłką pocztową 21 koron. W Niemczech 20 Marek, z przesyłką pocztową 21 Marek. W Warszawie Rbs. 8·50 z przesyłką pocztową Rbs. 9. 184
Do nabycia w Administracyi „Przeglądu Lekarskiego“ Kraków, Tow. lek. w Krakowie i Lwowie, i we wszystkich księgarniach.

Rok LIII. Kraków, dnia 27. czerwca 1914 Nr 26

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

O niemocie przy dobrym słuchu (Hörstummheit, audimutitas).

Napisał

R. Spira.

(Wykład w Towarzystwie lekarskiem krakowskiem d. 11. III. 1914).

Władanie mową obejmuje dwie własności: zrozumienie za pośrednictwem słuchu tego, co ktoś inny mówi i myśli; 2) wymówienie tego, co sami myślimy. Gdy słyszymy, to odbywa się czynność nerwowa od obwodu do ośrodków mózgowych, dośrodkowo; przy mowie odbywa się czynność nerwowa drogą odwrotną od ośrodków (myśli) do obwodu, narządów artykulacyjnych, odśrodkowo. Jedna albo druga ta czynność może być nieprawidłowa. Stosownie do tego odróżniamy dwie główne kategorye zaburzenia mowy: 1) niemotę czuciową dośrodkową i 2) niemotę ruchową odśrodkową.

Jedna i druga postać niemoty może być w związku z upośledzeniem umysłowem różnego stopnia i histeryą. Pierwszy typ niemoty, który jest zawsze połączony z głuchotą i często bywa przyczyną drugiego typu (głuchoniemota), omówiłem już przy innej sposobności. Obecnie zamierzam omówić czystą niemotę ruchową, t. j. tę niemotę, którą nieraz spotykamy u dzieci dobrze słyszących i wszystkie wyrazy dobrze rozumiejących. Że wczas nabyta głuchota pociąga za sobą niemotę, to wiemy z codziennego doświadczenia, albowiem dzieci, w młodym wieku ogłuchłe, stają się głuchoniememi. Zresztą wynika to z rozwoju mowy u dziecka.

Dla wyjaśnienia sprawy niemoty przy dobrym słuchu mamy odpowiedzieć na następujące pytania: 1) W jaki sposób powstaje ta choroba; 2) w jakiem miejscu szukać należy przeszkody, będącej przyczyną tego cierpienia; 3) jakiego rodzaju zmiana jest przyczyną tej przeszkody; 4) jakie czynniki bywają przyczyną tej zmiany; nareszcie 5) jakie mamy sposoby leczenia tej choroby.

Ad 1). Dla lepszego zrozumienia sposobu powstania niemoty przy dobrym słuchu, musimy tu powtórzyć niektóre szczegóły z fizyologii rozwoju mowy i naprzód omówić sposób, w jaki mowa u dziecka powstaje.

Rozwój mowy u dziecka odbywa się podobnie do sposobu, w jaki powstała mowa u człowieka wogóle w przebiegu rozwoju ludzkości. Mocą wrodzonego człowiekowi popędu porozumiewania się nabywa on zdolności tworzenia znaków i symbolów temu celowi służących (facultas signatrix). Te znaki były w różnych okresach przebiegu rozwoju różne. W początku występowały jako wykrzykniki (interjectio), wyrażające poczucie ogólne i wrażenia podmiotowe fizyczne i umysłowe, jak ból, strach, radość i t. p. Następnie na podstawie popędu naśladowania (onomatopoësis), pojawiały się głosy, polegające na naśladowaniu dźwięków w naturze, jak głos zwierząt, świst wiatru, szmer strumyka, szum lasu i t. p. Nakoniec rozwinęła się samodzielna, zamierzona mowa artykułowana ludzka.

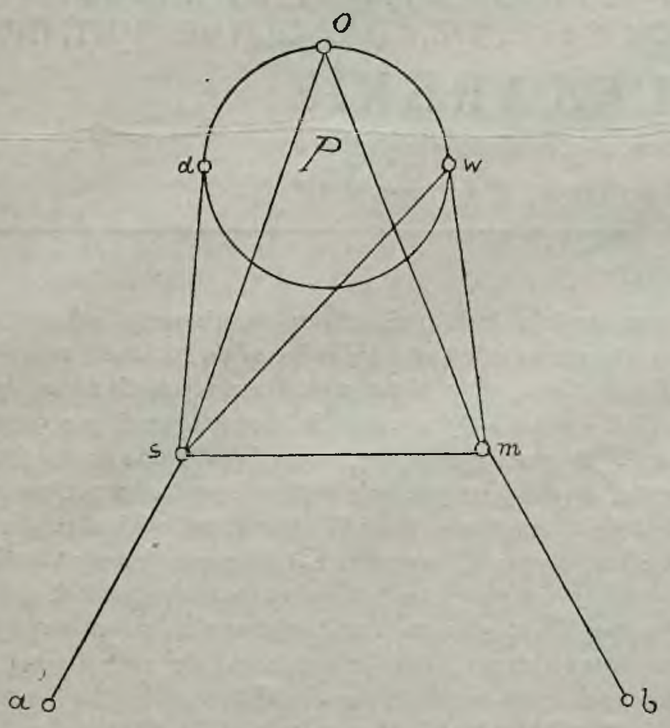
Podobnie dzieje się u dziecka. Krzyki i ruchy kończyn dziecka, po urodzeniu się są odruchami ogólnego poczucia podmiotowego. Krzywa linia, zdjęta zapomocą pneumografu, przyłożonego naokoło piersi krzyczącego dziecka, jest bardzo podobna do krzywej, zdjętej u mówiącego człowieka dorosłego. Taksamo krtań u krzyczącego dziecka zdaje się przygotowywać do przyszłej czynności mowy, gdyż ułożenie strun głosowych przy takim krzyku jest podobne, jak przy wymowie samogłosek. W 3. lub 4. miesiącu dziecko zaczyna bełkotać i wydawać dźwięki, podobne do naszych spółgłosek.

Oprócz tego dziecko ma wrodzony popęd do naśladowania, mocą którego zaczyna w 9. miesiącu życia naśladować dźwięki i głosy. Naśladując, powtarza dziecko słyszane wyrazy bez zrozumienia ich. Ale to naśladowanie jest czynnością przygotowawczą do późniejszej mowy samodzielnej, świadomej. Albowiem, według znanej zasady, wszystkie czynności świadome poprzedza wykonywanie nieświadome tych samych czynności. Wrażenia, które ruchy artykulacyjne pozostawiają w ośrodkach ruchowych mózgu, przyczyniają się do tego, że te same ruchy mogą później odbywać się świadomie, lekko i automatycznie. Powoli rozwija się także zrozumienie mowy i samodzielna świadoma mowa.

Wszystkie te czynności rozwijają się drogą i za pośrednictwem wrażeń słuchowych. Wrażenia słuchowe dostają się u dziecka drogą od ucha (a) do (s), t. j. do miejsca w korze mózgowej, przeznaczonego do przyjmowania wrażeń słuchowych (p. rysunek 1).

W miarę powtarzania się tych bodźców, powstają na tem miejscu kory pewne zmiany, które wrażenia te utrwalają, t. j. wytwarza się możność zatrzymania ich i przetrwania

bodźca zewnętrznego, czyli innemi słowy, rozwija się pamięć wyrazowa. Z czasem nagromadza się tam zapas obrazów wyrazowych lub słuchowych, które mogą być wyzwolone lub pobudzone dowolnie z pamięci bez bodźca zewnętrznego. Miejsce s. (w płacie skroniowym) nazywamy ośrodkiem słuchowym czuciowym (Wernickego), czyli polem pamięciowem dla obrazów słuchowych.



Po wytworzeniu się ośrodka s. wychodzą od niego pobudki, prądy nerwowe do innego ośrodka, z którym jest on w ścisłym związku czynnościowym do m, t. j. do ośrodka ruchowego w płacie czołowym, który kieruje ruchami, wykonywanymi przy mówieniu. Ośrodek m, pobudzony drogą s—m, wysyła znów bodźce ruchowe inerwujące ku obwodowi do b, t. j. do nerwów i mięśni narządów artykulacyjnych. Zdaniem Wernickego podrażnienie ośrodka słuchowego wywołuje w pewnym wieku uczucie przyjemne, które dziecko usiłuje samodzielnie wywołać przez naśladowanie słyszanych dźwięków. W ten sposób dochodzi do naśladowania wyrazów bez ich zrozumienia (echolalia). W miarę powtarzania się tych bodźców drogi i ośrodki te rozwijają się i udoskonalają coraz więcej i pozostają ślady w m, gdzie wytwarza się pamięć ruchów mięśniowych artykulacyjnych, niezbędnych do wymawiania słowa, t. j. ośrodek ruchowy mowy (Sprachbewegungszentrum). Im doskonalej droga a—s—m—b jest utorowana i wyćwiczona, tem lepiej zdoła dziecko słyszane słowa powtarzać i z czasem wytwarza się w mózgu także skojarzenie wrażeń słuchowych z wrażeniami kinestetycznemi, powstającemi przy ruchach artykulalacyjnych, wykonywanych przy wygłaszaniu rozmaitych dźwięków.

Od tych pobudzonych ośrodków s. i m. idą znów prądy nerwowe, jako podniety do innych ośrodków zmysłowych w korze mózgowej, do d. (dotyk), o. (ośrodek optyczny), w. (węch) i t. d. i to połączenie różnych wrażeń zmysłowych umożliwia nam pojmowanie przedmiotu. Przez takie połączenie wrażeń słuchowych z innymi ośrodkami może dziecko dopiero słyszane wyrazy zrozumieć. Miejsce, w którem to zrozumienie następuje, oznaczamy jako P, ośrodek pojęcia, ideacyi. Nie należy jednak wyobrażać sobie, że P. jest pewnem ograniczonem miejscem, jak inne ośrodki. Albowiem w rzeczywistości takiego ośrodka niema i pojęcie przedmiotów tworzy się przez skojarzenie różnych ośrodków ze sobą, a więc w całej korze mózgowej. A więc przez ucho dostaje się podnieta od zewnątrz do s. i tu następuje wrażenie wyraźne głosowe bez zrozumienia. A dopiero udzielenie się tych wrażeń innym ośrodkom w P. umożliwia zrozumienie wyrazu i powstanie pojęcia. Tak powstaje droga dośrodkowa.

W późniejszym okresie od ośrodka ideacyi idą podniety nerwowe do ośrodka ruchowego mowy drogą P—m i wtedy dziecko staje się zdolnem nietylko słyszane wyrazy powtarzać i rozumieć, lecz także samodzielnie mówić, t. j. wyrażać własne swoje myśli. Bo ośrodek ruchowy w m. pobudzony drogą P—m, posyła prądy nerwowe dalej ku obwodowi do b, do narządów artykulacyjnych, w celu wywołania ruchów, potrzebnych do wydobycia wyrazu, odpowiadającego myśli w P. Droga ta m—b prowadzi od lewego przedniego zakrętu ośrodkowego w płacie czołowym, głównie przez torebkę wewnętrzną lewą, po części też przez spoidło wielkie, torebkę wewnętrzną prawą, dalej przez jądra czwartej komory mózgowej, nerwy mózgowe do nerwów i mięśni krtani i ust. To jest droga odśrodkowa, ruchowa ekspresyjna.

Wszystkie te drogi i ośrodki są zwykle już od urodzenia preformowane, ale nie czynne. Sprawność ich wyrabia się dopiero jako skutek podrażnienia przez bodźce zewnętrzne drogą od narządów zmysłowych obwodowych (ucha) do ośrodków zmysłowych korowych. Bez tych bodźców drogi te pozostają zawsze nieczynne. Stąd się tłómaczy, że dziecko głuche staje się niemem i że dziecko zupełnie zdrowe może uchodzić za głuchonieme, jeżeli się wychowało w otoczeniu głuchoniemych. Dziecko rodziców głuchoniemych, nie słysząc nigdy głosu ludzkiego, nie doznając wrażeń słuchowych, pozbawione jest bodźców, potrzebnych do rozwoju dróg słuchowych i ruchowych mowy. Drogi nerwowe od a do s i stąd do m i do b pozostają nie rozbudzone, jakby w wiecznym śnie pogrążone. Oddalone od takiego otoczenia i oddane pod opiekę ludzi zdrowych dziecko takie, pozornie głuchonieme, zacznie w krótkim czasie dobrze mówić i słyszeć.

Droga a—s—P—m jest zatem potrzebną do mowy. Jeżeli ta droga na jakiemś miejscu jest przerwana, to powstaną różne zaburzenia mowy, względnie także słuchu, zależne od siedziby tej przerwy. Jakiego rodzaju zaburzenia mowy powstają wskutek przerwy na drodze dośrodkowej a—s—P, wyłożyłem już gdzieindziej. Tu mam właśnie przedstawić takie zaburzenia, których przyczyna leży na drodze odśrodkowej, ruchowej.

Przypuśćmy, że zgłasza się do nas matka z dzieckiem 5—6-letniem i podaje, że dziecko dobrze słyszy, wszystko rozumie, ale nie mówi. Wyjaśniwszy, w jaki sposób zaburzenia mowy powstać mogą, dalszem naszem zadaniem jest wyśledzić miejsce i przyczynę zaburzenia w mowie będącego.

Ad 2). Szukając miejsca przeszkody w układzie dróg nerwowych dla mowy musimy sobie uprzytomnić, że jeżeli dziecko dobrze słyszy i rozumie, to droga a do P musi być zdrowa. Mamy tu niemotę przy dobrym słuchu. Myśli

dziecka są prawidłowe, a więc przeszkoda musi się znajdować na od P do b. Zmiana chorobowa znajduje się albo w korze mózgowej między P a m (niemota zakorowa), albo w m lub na drodze s—m (niemota korowa), albo nareszcie niżej w torebce wewnętrznej (porażenie opuszkowe wrzekome), lub w nerwach, mięśniach i narządach obwodowych mowy, t. j. na drodze m—b (niemota podkorowa).

Niemota ruchowa zakorowa cechuje się brakiem zmian obwodowych ze strony narządów mowy i nerwów podkorowych. Chory rozumie dokładnie wszystko, co się do niego mówi, ruchy języka i warg są prawidłowe, a jednak chory nie może samodzielnie mówić, bo droga P—m jest niesprawna. O ile zaś droga od s do m jest wolna, to chory potrafi słyszane słowa powtarzać, także pisać dyktat, ale nie może pisać samodzielnie.

Jeżeli zmiana chorobowa znajduje się w m, w płacie czołowym — niemota ruchowa korowa — to chory nie może ani samodzielnie mówić, ani słyszanych wyrazów powtarzać, ani pisać, bo w m mieści się ośrodek także dla ruchów ręki przy pisaniu. Choremu w tej postaci niemoty brak wyobrażeń ruchowych dla słów zachowanych w pamięci s. Należy jednak tu wspomnieć, że w tej niemocie, mimo prawidłowego stanu drogi a—s—P, zrozumienie mowy nie jest zupełnie prawidłowe. Albowiem rozwój ośrodka słuchowego zależy do pewnego stopnia także od rozwoju ośrodka ruchowego dla mowy. I tak nie możemy sobie zupełnie dobrze przyswoić nowego wyrazu obcego języka, aż go sami dobrze nie wymawiamy. Dopiero przez własne wymawianie tego wyrazu staje on się nam dobrze znanym i lepiej go w pamięci zatrzymujemy. Dla zupełnego pojęcia nowego wyrazu należy zatem połączenie wrażenia słuchowego z wrażeniem kinestetycznem, powstającem przy jego wymowie. (Uczucie ułożenia narządów mowy).

Jeżeli zmiana usadowi się na drodze s—m (insula Reili), to powtarzanie słyszanych wyrazów nie jest możliwe, tak samo pisanie dyktatu. Samodzielna mowa również nie może być wtedy poprawna, gdyż rozwój ośrodka m zależy poczęści od podniet dostających się do niego drogą s—m.

Gdy zmiana chorobowa znajduje się na drodze m—b (torebka wewnętrzna, dno IV komory, jądra nerwów mózgowych i t. d.) — niemota podkorowa — to chory nie może słowa wydobyć, ani samodzielnie mówić, ani powtarzać. Stan ten odróżnia się od niemoty korowej tem, że o ile się tyczy dorosłego, chory może pisać, gdyż połączenie m z mięśniami i nerwami dla poruszenia ręki może być utrzymane.

Nareszcie przyczyna może znajdować się w b, w narządach obwodowych mowy, co łatwo przy badaniu stwierdzić się daje; o tem niżej.

Ad 3). Co się tyczy rodzaju zmiany chorobowej, powodującej niemotę, to może ona być przyrody organicznej lub czynnościowej. Jeżeli na drodze od P do m. i b. jest jakaś zmiana ogniskowa, nowotwór, zator, ropień, wybroczyna i t. d., to może wprawdzie powstać niemota, o której tu mówimy. Ale wtedy mamy przed sobą chorobę mózgową, a niemotę jako tylko jej objaw, a nie jako chorobę samodzielną. Podobnie, jeżeli taka niemota istnieje obok idyotyzmu, matołectwa lub głupkowatości, wtedy chodzi głównie o chorobę umysłową, a nie o niemotę. Należy jednak mieć w pamięci, że takie odróżnienie może być trudne. Dziecko dobrze mówiące nabywa wielkiej liczby wiadomości przez wypytywanie się, dowiadywanie, co to, co owo znaczy. Ciekawość jego przyczynia się znacznie do rozwoju jego umysłu, do objaśnienia go o wielu ciemnych mu rzeczach, co pogłębia jego duszę, rozszerza widnokrąg umysłowy i ułatwia mu naukę. Dziecko niemowa, nie mogące się wypytywać, pozostaje do pewnego stopnia umysłowo upośledzonem i może sprawiać wrażenie głupkowatego. Naodwrót rozumie się samo przez się, że w idyotyzmie, gdzie cała sfera duchowa stoi na niższym stopniu, także mowa musi być upośledzona. Dlatego może być trudnem rozstrzygnięcie, czy w danym przypadku ma się przed sobą upośledzenie umysłowe, czy tylko niemotę. To odróżnienie jest ważne pod względem rokowania, ponieważ u dzieci umysłowo zdrowych leczenie niemoty bywa skuteczniejsze, aczkolwiek i w idyotyzmie leczenie może dużo sprawić.

Dalej wyłączyć należy wady organiczne w obwodowych narządach artykulacyjnych, które mogą być przyczyną znacznych zaburzeń mowy, jak rozszczepienie podniebienia, przyrośnięty język lub inne wady rozwojowe i nareszcie wyrośle gruczołowate. Jest rzeczą jasną, że wskutek komunikacyi między jamą ustną a nosową chore dziecko nie może należycie naśladować mowy otoczenia i dlatego mowa u niego nie może się prawidłowo rozwijać. Przez bliskie sąsiedztwo stropu jamy gardłowej z mózgiem, powstaje w mózgu przy wyroślach gruczołowych rodzaj zastoju, który, zdaniem Gutzmanna, przeszkadza przeniesieniu bodźców słuchowych na ośrodek ruchowy mowy, czemu zresztą przeczą inni autorzy, Liebmann, Coën i inni.

Mowa może także być bardzo niewyraźna wskutek pląsawicy. Dalej należy odróżnić tak zwaną — aphasia voluntaria, która cechuje się tem, że chory może mówić, ale nie chce i inne postacie, jak aphonia spastica, mogiphonia i aphthongia, polegające na skurczu lub porażeniu mięśni głosowych. Dopiero po wyłączeniu wszystkich tych zmian można mówić o czystej niemocie »słyszącej« (audimutitas).

Przez niemotę słyszącą w ściślejszem znaczeniu rozumiemy stan chorobowy, w którym dziecko, zresztą zdrowe i dobrze słyszące, nie może mówić. Choroba ta cechuje się tem, że 1) chory wydaje się fizycznie i umysłowo prawidłowym, 2) słuch jest nienaruszony, 3) narządy mowy obwodowe są prawidłowe, 4) brak porażeń i zaników na ciele lub kończynach. Niemota taka może być różnego stopnia. Albo chory nie może wydobywać żadnych dźwięków artykułowanych, albo jąka się niezrozumiale, albo istnieje zacinanie się, bezład w wymawianiu. Czasem istnieje zdolność wymawiania tylko jednego słowa lub jednego zdania (monofazya), albo chory wymawia inne słowo zamiast zamierzonego (parafazya). Nie chcę tu mówić o zwykłem jąkaniu się i bełkotaniu, które należą do zaburzeń anartrycznych.

Gdzie zatem można wyłączyć zmiany organiczne lub ogólnonerwowe, może chodzić tylko o zaburzenia czynnościowe w odnośnych drogach i ośrodkach nerwowych. Jako takie przyjmują różni autorzy brak lub niedostateczny ich rozwój, niedostateczną ich sprawność wskutek rozmaitych wewnętrznych lub zewnętrznych szkodliwości, brak wrodzo-

nej chęci lub istniejący wstręt do mówienia, powstrzymany rozwój tego ośrodka, od którego wychodzą podniety do ruchów mowy, brak pamięci, niestałość uwagi akustycznej, brak spostrzeżenia dla ułożenia ust przy mowie, albo złą pamięć dla słów i t. p.

Ad 4). Co do przyczyn tych zaburzeń, to mogą one być wrodzone lub nabyte. Niektórzy autorzy odróżniają »mutitas« od »afazyi«, używając pierwszego wyrazu dla oznaczenia niemoty wrodzonej, drugiego dla niemoty nabytej, to znaczy dla utraty mowy, która poprzednio istniała, w następstwie różnych chorób nerwowych lub mózgowych. Prócz tego odróżniamy niemotę fizyologiczną (mutitas physiologica), w tym okresie życia, w którym dziecko prawidłowe nie może jeszcze swoich myśli wyrazić słowami. Okres ten trwa różnie długo, najdalej zaś do końca trzeciego roku życia. Do tego czasu można jeszcze mówić o spóźnionym rozwoju mowy (mutitas physiologica prolongata). Po tym okresie niemota jest już chorobowa. Wprawdzie zdarza się, że dziecko zaczyna samodzielnie mówić dopiero w piątym lub szóstym roku, jednakże dziecko fizycznie zdrowe i nie mówiące z końcem trzeciego roku życia już cierpi na »audimutitas« i wymaga leczenia.

Choroba ta zdarza się częściej u dzieci słabowitych, mało odpornych i pochodzących z rodziców chorowitych, niż u dzieci silnych, zdrowych rodziców. Jako czynniki etyologiczne przyjmuje się dziedziczność, nadużywanie wyskoku przez rodziców i przebyte w młodym wieku choroby ośrodkowego układu nerwowego, dróg oddechowych, oraz urazy. Coën podnosi jako przyczyny usposobienie wrodzone, pochodzenie od rodziców, którzy sami w młodości cierpieli na tę chorobę lub są mało odporni, mają wady rozwojowe lub nadużywali wyskoku przed lub podczas płodzenia, dalej używanie wyskokowych napojów ze strony dzieci w młodym wieku, nareszcie małżeństwa między krewnymi. Inni wskazują na to, że w wywiadach takich chorych spotyka się często krzywicę i ciężkie choroby narządów oddechowych, szczególnie zapalenie płuc i krztusiec. Podobnie, jak w niemocie czuciowej zakorowej (aphasia sensorica transcorticalis), t. j. w niemocie z utrudnieniem rozumienia wyrazów, stwierdzić można także w chorobie w mowie będącej często drgawki w dzieciństwie i spóźniony rozwój mowy u przodków. Statystyka Fröschelsa wykazuje, że w znacznej części przypadków przyczyna tej choroby leży w poprzednich chorobach dziecka, a mianowicie 90% przypadków tej choroby tyczyło się dzieci krzywiczych.

Wywiady bez wyjątku wykazują, że dzieci te późno zaczęły stawać i chodzić. W pewnej części przypadków spotykamy w wywiadach ciężkie choroby dróg oddechowych, przeważnie krztusiec i zapalenie płuc. W niektórych przypadkach choroba była dziedziczna, a tyczyło się to dzieci, u których rodziców był również spóźniony rozwój mowy. Jako ważny czynnik przyczynowy dla tej niemoty nabytej, przytaczają zadziałanie urazów psychicznych, jak strach i t. p. Według Hammerschlaga choroba ta występuje po chorobach zakaźnych w wieku dziecięcym i może być następstwem ognisk zapalnych w mózgu (encephalitis).

Nietrudno zrozumieć, że drgawki, które obniżają ogólną sprawność mózgu, jak również krzywica, czyniąca przez dłuższy czas cały układ ruchowy dziecka niezdolnym do czynności, mogą też łatwo być przyczyną niemoty ruchowej. Uwzględniając ważną rolę, którą odgrywa oddychanie w czynności mówienia, pojąć także można wpływ ciężkich chorób narządów oddechowych na powstanie niemoty. Wiadomo też oddawna, że wstrząs psychiczny może wywołać nagle niemotę, utrzymującą się różnie długi czas, i w piśmiennictwie podano takie przypadki, w których niemota powstała pod wpływem nagłego strachu. Fröschels przytacza ciekawy podobny przypadek, tyczący się dziecka, które było świadkiem zabicia swoich rodziców w pogromie żydowskim w Rosyi i od tego czasu zapomniało mówić. Dziecko to oddano do zakładu dla głuchoniemych w Wiedniu. Gdy po latach dziecko to razu jednego usłyszało przypadkowo po raz pierwszy kogoś, mówiącego po polsku, wybuchło nagle głośnym, rzewnym płaczem i zaczęło mówić i opowiadać po polsku o zabiciu swoich rodziców. Tu niemota była nabyta równocześnie z afazyą czuciową.

Coën sądzi, że silne wrażenie psychiczne może wywoływać zmarnienie prawidłowego rozwoju dróg i ośrodków ruchowych mowy.

Do źródeł niemoty nabytej zaliczyć należy też niemotę histeryczną. Niemota ta różni się od bezgłosu histerycznego (afonii) tem, że w bezgłosie szept jest możliwy, a w tamtej niemocie mowa wogóle jest niemożliwą. Gdy głuchoniemy może głośno krzyczeć, to w tej niemocie chory nie może żadnego tonu wydobyć. Niemota ta powstaje zwykle nagle pod wpływem wstrząsających wrażeń, strachu, niespodzianki. Czasem choroba zaczyna się bezgłosem, przechodząc następnie w niemotę. Chory narzeka na osobliwe uczucie na języku, na wrażenie duszenia się, na brak tchu, na bóle pod mostkiem. Pobudliwość błony śluzowej gardła i krtani jest obniżona. Przytem nie brak innych objawów histeryi, a w szczególności cechującej zmienności objawów.

Niektórzy przypisują przyczynę tej choroby (niemoty »słyszącej«) niedokształceniu gruczołu tarczowego, względnie nadmiernemu wytwarzaniu wydzieliny tego gruczołu.

Ciekawy jest fakt, podniesiony przez Fröschelsa, że niemota słysząca zdarza się znacznie rzadziej u dziewcząt, niż u chłopców, co niektórzy przypisują właściwej płci żeńskiej większej gadatliwości.

Ad 5). Nakoniec parę słów o leczeniu, które w tej chorobie bywa skutecznem i wdzięcznem. Skoro choroba polega przeważnie na braku lub niedostatecznym rozwoju ośrodków i dróg ruchowych, przeto leczenie kieruje się temi samemi zasadami, jak przy niemocie czuciowej z upośledzeniem ośrodków i dróg czuciowych słuchowych. Zwykle można spostrzegać, że tam, gdzie rozwój jednego zmysłu jest upośledzony, inny zmysł jest tem więcej czynny i pobudliwy. Już w życiu codziennem u ludzi zdrowych uwydatnia się często różny stopień sprawności różnych ośrodków zmysłowych. Jeden lepiej pamięta to, co słyszy, drugi to, co widzi lub wymawia, trzeci lepiej pamięta wrażenia smaku lub dotyku. Jeden widzi słowo, które wymawia, przed sobą w literach, drugi słyszy jego brzmienie w uszach. W zwykłem życiu pomagamy sobie w razie słabszej pamięci dla jednego zmysłu w ten sposób, że bierzemy na pomoc inny zmysł; i tak pamiętamy lepiej słyszany wyraz, jeżeli go wypiszemy lub powtarzamy, zapamiętujemy lepiej wyraz czytany przez głośne jego wymawianie.

Przy mowie odgrywają główną rolę trzy składniki wyrazu: słuchowy, wzrokowy i ruchowo-dotykowy. Myśląc o słowie jakiemś i chcąc je wyrazić, przedstawiamy sobie połączone z niem wyobrażenie słuchowe — brzmienne — ruchowo-dotykowe (narządów artykulacyjnych) i wzrokowe (piśmienne).

Otóż u niedosłyszących i u niemych typy te są wyraźniej chorobowo zaznaczone. Tam, gdzie słuch niedopisuje, bądź to, że chore ucho wrażeń nie przyjmuje, bądź że drogi od ucha do ośrodka słuchowego nie są sprawne, tam bierzemy na pomoc inny zmysł, w danym razie przeważnie czynny. Pokazuje się dziecku n. p. proste wielkie obrazy przedmiotów i wymawia się rownocześnie głośno i wyraźnie nazwy tych przedmiotów. W ten sposób udaje się, odpowiednio i cierpliwie postępując, pobudzić ośrodek i drogi słuchowe drogą od oka do ośrodka słuchowego (o—s) i doprowadzić do tego, że z czasem dziecko takie łączy wrażenie akustyczne z wrażeniami optycznemi, odbieranemi z książek z obrazkami. U innego dziecka n. p. typu dotykowego, należy się starać, by ono odczuwało ruch naszych ust i wstrząśnienie powietrza podczas mówienia. Te wrażenia dotykowe są dla poszczególnych dźwięków prawie tak samo cechujące, jak wywołane przez nie wrażenie akustyczne.

W podobny sposób postępować należy przy leczeniu niemoty słyszącej. Tu ośrodki i drogi słuchowe są sprawne, ale połączenie ich z ośrodkiem mowy jest przerwane, albo ośrodki i drogi nerwowe mowy są nieczynne lub słabo rozwinięte. I tu posługujemy się innymi zmysłami dla pobudzenia tych dróg, a mianowicie wzrokiem i dotykiem. Pokazujemy dziecku ułożenie ust i dajemy mu odczuwać wstrząśnienie powietrza przy wymawianiu. W ten sposób zastępujemy drogę od ucha do narządów mowy, t. j. od s do m inną drogą, optyczno-dotykową przez o—m lub d—m (p. rysunek). Przez ćwiczenie takiego dziecka zapomocą pokazywania mu obrazów i równoczesnego wymawiania ich nazw można pobudzić pamięć słabą i utorować przewodzenie w szlakach niedrożnych.

W tych przypadkach, w których przyczyną choroby jest wstręt do mowy, należy próbować metod psychicznych do zwalczania tego wstrętu przez pobudzenie ciekawości dziecka do różnych przedmiotów, obrazów, zabawek. Przy braku uwagi należy budzić uwagę dziecka przez wykrzykniki, połączone z pokazaniem zajmujących obrazów i równoczesnem głośnem i wyraźnem wymawianiem wyrazów odpowiednich. Przy braku pamięci dla ruchów mowy wskazane są ćwiczenia gimnastyczne tych ruchów.

Przy niemocie ruchowej podkorowej, postaci porażenia opuszkowego wrzekomego, polegającej na słabym rozwoju i niedostatecznej sprawności nerwów i mięśni obwodowych, należy starać się mowę wyrobić zapomocą ćwiczeń gimnastycznych mięśni mowy. Pokazujemy dzieciom, jak mają trzymać język, wargi, lub układając im język i wargi podczas wymawiania poszczególnych głosek, każemy dzieciom samodzielnie wykonywać i ćwiczyć ruchy odpowiednie.

Przy równoczesnem istnieniu niedokształcenia gruczołu tarczowego polecają podawanie tyreoidyny, przy przeroście tego gruczołu przetwory arszenikowe.

Rozumie się samo przez się, że należy równocześnie uwzględnić pod względem leczniczym ewentualnie istniejącą gruźlicę, krzywicę, albo istniejące wyrośle gruczołowate.

Jeżeli pląsawica jest przyczyną niewyraźnej mowy, wtedy wskazane są energiczne ćwiczenia ruchów artykulacyjnych.

Wady rozwojowe obwodowych narządów artykulacyjnych mogą wymagać zabiegów operacyjnych.

Bliższe szczegóły o metodach i technice leczenia tego cierpienia znajdują się w dziełach Gutzmanna, Coëna, Sterna, Fröschelsa i innych.

Dodać jeszcze należy, że leczenie to bywa bardzo skutecznem i wdzięcznem i że Fröschels podaje 100% wyleczeń.

Rzut oka na rozwój patologii na tle rozwoju nauki, w szczególności przyrodoznawstwa. Patologia jako nauka.

Napisał

Prof. Dr Karol Klecki.

(Dokończenie).

Badania patologiczne, które od czasów Morgagniego zaczęto systematycznie prowadzić już w końcu XVIII w. we wskazanym przez niego kierunku morfologicznym (Jan Lieutaud (1703—1780), w pierwszej połowie XIX w. znacznie pomnożyły materyał naukowy anatomii patologicznej (Mateusz Baillie (1763—1823), J. F. Meckel, zasłużony w nauce o wadach rozwojowych, Karol Rokitansky (1804—1878), który wprowadził do patologii badanie mikroskopowe i in.). Panujący podówczas we Francyi kierunek morfologiczny badań przyrodniczych i lekarskich sprawił, że wśród lekarzy francuskich bardzo rozpowszechniło się przekonanie, iż w stanach chorobnych zmiany czynnościowe są tylko wyrazem powstałych w ustroju zmian anatomicznych i że przeto podstawą nauk lekarskich jest anatomia patologiczna. Przekonanie to utrwalały wynalezione, a względnie wykształcone w tych czasach metody fizycznego badania chorych, mianowicie metoda opukiwania (Leopold Auenbrugger (1722—1809), Jan Mikołaj Corvisart (1755—1821), oraz osłuchiwania (Renat Teodor Hyacynt Laennec 1781—1826), do których rozpowszechnienia przyczynił się potem najwięcej klinicysta wiedeński Józef Skoda (1005—1881).

Tak powstała we Francyi t. zw. szkoła anatomiczna, której głównym ośrodkiem był Paryż i która w chorobach uwzględniała głównie zmiany organiczne (lésions organiques).

W tym samym czasie w Szkole lekarskiej w Montpellier panował w rzeczach patologii kierunek bardziej humoralny; uprawiano tam naukę o skazach, oraz starano się przez dokładny rozbiór objawów chorobnych poznać jaknajlepiej elementy chorobne.

Tak zwany kierunek fizyologiczny w patologii miał podówczas także niemałą liczbę zwolenników. Najwybitniejszym ich przedstawicielem był Franciszek Józef Wiktor Broussais (1772—1838), którego system lekarski,

powstały pod wpływem nauki Browna, jednostronny i powierzchowny, małą miał wartość naukową. W patologii Broussaisa główną rolę odgrywa zadrażnienie i to przewodu pokarmowego, a względnie jego zapalenie (gastroenteritis). Zaburzenie to ma według Broussaisa sprowadzać gorączkę, oraz wszelkie cierpienia przewlekłe, a choroby nerwowe mają powstawać wskutek t. zw. zapalenia współczulnego. Równie małą wartość miała teorya Jana Baptysty Bouillauda (1796—1881), ucznia i zwolennika Brouissaisa, który za przyczynę gorączki uważał zapalenie wsierdzia i błony wewnętrznej naczyń. Opieranie na powyższych t. zw. fizyologicznych teoryach medycyny praktycznej, było wielce szkodliwe, głównie z powodu nadmiernego krwi puszczania, które stosowano głównie dlatego, ażeby owym zadrażnieniom i zapaleniom przeciwdziałać.

Jak mało w tak niedawnych jeszcze czasach medycynę praktyczną opierano na prawdziwie naukowych podstawach, wskazuje ta okoliczność, że mogła w tych czasach powstać i znacznie się rozpowszechnić homeopatya Samuela Hahnemanna (1755—1843), której główna zasada wbrew starodawnej, już przez Hippokratesa wyznawanej zasadzie leczniczej »contraria contrariis«(»τὰ ἐνάντια τῶν ἐναντίων ἐστὶν ἰήματα«), brzmiała »similia similibus curantur« i która ani patologii, ani związku medycyny z naukami przyrodniczemi nie uznawała, która zatem w rozwoju nauk lekarskich była krokiem wstecz.

Tymczasem badanie morfologiczne spraw chorobnych coraz więcej się szerzyło, przyczem coraz więcej posługiwano się mikroskopem, wyniki zaś tych badań zaczęto łączyć coraz ściślej z wynikami badań klinicznych, dokonywanych zapomocą stosowanych w przyrodoznawstwie metod fizycznych i chemicznych. Dlatego też w ogólnem ujmowaniu chorób, obok poglądu, płynącego ze stanowiska czysto morfologicznego, zaczął się coraz bardziej przebijać pogląd fizyologiczny. Wprawdzie pod wpływem tego zwrotu w Niemczech, na gruncie przesiąkłym filozofią natury, powstały niektóre teorye patologiczne, które nauki nie posunęły naprzód; taką teoryą był t. zw. parazytyzm, którego głównym przedstawicielem był Karol Wilhelm Stark (1787—1845), głoszący, że choroby są to samoistne sprawy organiczne, niejako pasorzyty, mające wiele analogii z prawidłowymi tworami niższymi; taką była też teorya Karola Ryszarda Hoffmanna (um. 1851), który w swojej idealnej patologii porównawczej ujmował choroby jako powrót idei życia na niższe szczeble życia prawidłowego. Naogół jednak już w pierwszej połowie XIX w. nauka patologii znaczny zrobiła postęp. Obok szybko rozwijającej się anatomii patologicznej, oraz patologii klinicznej, zaczęto odczuwać potrzebę nauki, którąby badała przyczyny chorób, oraz tłómaczyła spostrzegane zjawiska chorobne nie z jakiegoś stanowiska apriorystycznego, jak to bywało w różnych dawniejszych systemach lekarskich, ale na podstawie naukowo stwierdzonych danych; nauki, którąby ujmowała choroby, jako procesy czyli sprawy chorobne i zgłębiała przedewszystkiem takie sprawy, jakie wspólną cechę różnych chorób stanowią. Tak powstała patologia ogólna.

W drugiej połowie ubiegłego i w początku obecnego wieku postęp nauki we wszystkich jej gałęziach jest tak olbrzymi, że obraz jego w tak krótkim zarysie, jak niniejszy, zupełnym być nie może. Zwłaszcza w naukach przyrodniczych dokonano w tym czasie wielu pierwszorzędnych odkryć, które wiedzę naszą w tej dziedzinie znacznie pogłębiły. To pogłębienie naukowe przyrodoznawstwa, w szczególności nauk biologicznych, ten miało skutek, że nauki te nietylko wyzwoliły się z pod wpływu filozofii spekulacyjnej, który jeszcze w pierwszej połowie XIX w. na nich się odbijał, ale że same stały się najważniejszą bodaj podstawą filozofii nowoczesnej.

W odwiecznem ścieraniu się poglądów idealistycznych z materyalistycznymi, w drugiej połowie XIX w. przeważały poglądy, wypływające z mechanicznego pojmowania świata. Przyczyniła się do tego w znacznej mierze ta okoliczność, że we fizyce i chemii wręcz wspaniałe wyniki dała atomistyka, oraz że w fizyologii, której jeszcze pod koniec XVIII w. nadał tło czysto materyalistyczne Piotr Jan Cabanis (1757—1808), poznano, zwłaszcza w dziedzinie ośrodkowego układu nerwowego, oraz narządów zmysłów, zjawiska, które, jak to się podówczas wydawało, można było wytłómaczyć mechanicznie. Tem się tłómaczy to, że w drugiej połowie XIX w. na czele wspomnianego ruchu materyalistycznego, który i na umysłowość polską pewien wpływ wywarł, stali medycy. Materyalizm propagowali w tym czasie głównie Jakób Moleschott (1822—1893), który w człowieku widział tylko sumę rodziców, mamki, miejsca i czasu, powietrza i pogody, dźwięku i światła, jedzenia i okrycia, Ludwik Büchner (1824—1899), autor wydanej w r. 1855, bardzo poczytnej w owym czasie książki p. t. »Siła i materya«, oraz Karol Vogt (1817—1895), który za przykładem Cabanisa, uważającego myśl za wydzielinę mózgu, głosił, że myśl ma się do mózgu tak, jak żółć do wątroby lub mocz do nerek. Nie wszyscy jednak biologowie poglądem tym hołdowali. Pod koniec zaś XIX w. zaznaczył się wśród uczonych wyraźny zwrot w kierunku idealistycznym, w znacznej części wskutek lepszego zdania sobie sprawy z granic poznania ludzkiego; między innymi powstał we filozofii współczesnej t. zw. kierunek nowoscholastyczny, oparty na płynących z wiary założeniach dogmatycznych.

Atoli w czasach, w których szybkimi kroki posuwała się naprzód fizyka matematyczna i eksperymentalna, gdy powstawała termodynamika (Herman Ludwik Helmholtz 1821—1894), Rudolf Clausius (1822—1888), Sir Wiliam Thomson (1824—1907), gdy dokonywał się zasadniczy przewrót w nauce o elektryczności (fale elektryczne, elektromagnetyczna teorya światła (Jacób Clerck Maxwell (1851—1879), Henryk Hertz (1857—1894), kinetyczna teorya gazów (Maxwell), w czasach, gdy powstawała analiza widmowa (Gustaw Robert Kirchoff (1824—1887), Robert Wilhelm Bunsen (1811—1899), gdy chemia, zwłaszcza organiczna, nadzwyczaj szybko się rozwijała, a fizyczne ujęcie zjawisk chemicznych prowadziło do powstania chemii fizycznej, przyrodnicy, należący przeważnie do obozu materyalistów, roztrząsali różne zasadnicze kwestye z dziedziny kosmogonii, jakoto o początku i końcu świata a wieku ziemi, o początku życia na ziemi i t. p.

Ogłoszona w dziele p. t. »On the origin of species« w r. 1859 teorya Karola Darwina (1809—1882), głosząca tę samą, co i teorya Lamarcka, descendencyę zwierząt, a nadto tłómacząca ich ewolucyę przez dobór na-

turalny, co już przed Darwinem i zupełnie od niego niezależnie podnosił Alfred Russel Wallace (1822—1913), oraz przez walkę o byt, wywierała znaczny wpływ na poglądy przyrodników w tej mierze. Z drugiej strony na poglądy te wywierała pewien wpływ także i ta okoliczność, że w czasach tych, wbrew twierdzeniu Cuviera, który z góry uważał to za rzecz niemożliwą, odnaleziono ślady człowieka kopalnego (Schmerling, Boucher Crèvecoueur de Perthes (1788—1868) i in.

W badaniach biologicznych na miejsce naczelne wysunęły się w tych czasach zagadnienia, tyczące się formacyi i rozwoju tworów (Kölliker, Karol Wilhelm Naegeli (1817—1891). Kölliker, który zwalczał w teoryi Darwina celowość w rozwoju tworów i twierdził, że twory rozwijają się nie dla własnego pożytku, ale wskutek właściwej im zdolności wewnętrznej, doszedł do prawa rozwojowego, które głosi, że organizmy doskonalą się w pewnem oznaczonem stopniowaniu. Ernest Haeckel (ur. 1834) stwierdza zasadniczą zgodność ontogenezy z filogenezą i w r. 1866 daje wyraz tej zgodności w t. zw. prawie biogenetycznem.

Badania anatomiczne i fizyologiczne ośrodkowego układu nerwowego doprowadziły w tych czasach do ważnych odkryć w tej dziedzinie. Poznano odruchy rdzeniowe (Edward Fryderyk Pflüger) (ur. 1839), różne drogi nerwowe, włókna kojarzenia i włókna projekcyjne w mózgu (Teodor Herman Meynert (1833—1892), poznano ośrodki ruchowe mózgu (Juliusz Edward Hitzig (ur. 1838), Herman Nothnagel (1841—1905) i in.). Zaczęła wówczas rozwijać się na podstawach przyrodniczych psychologia (Wilhelm Wundt (ur. 1832), w której posługiwano się zapożyczonemi z fizyki ścisłemi metodami badania. Naukę tę już w r. 1860 starał się ująć Gustaw Teodor Fechner (1801—1887) ze strony czysto fizycznej, jako t. zw. psychofizykę, której jedną z głównych podstaw jest prawo Webera, opiewające, że w granicach zwykłych czucie wzrasta w stosunku logarytmu odnośnego zadrażnienia zmysłowego ($x = \log y$). Do rozwoju psychologii, przekształcającej się w tych czasach na naukę głównie eksperymentalną, w znacznej mierze przyczyniło się dokładniejsze poznanie fizyologii zmysłów, w czem wielką jest zasługa Helmholtza. Helmholtz sprowadził działanie zmysłów do pewnego rodzaju wnioskowania i doszedł do przekonania, że zmysły dają człowiekowi niejako tylko skutki rzeczy, nie zaś ich wierne obrazy, a tem mniej rzeczy same w sobie.

Tymczasem w patologii w drugiej połowie XIX w. dokonywał się bardzo znamienny zwrot. Kierunek anatomiczny, w którym rozwijali patologię w pierwszej połowie ubiegłego wieku przeważnie badacze francuscy, zaczyna się coraz więcej krzewić w Europie środkowej, a uznany niemal powszechnie za jedyny kierunek naukowy w badaniach patologicznych, prowadzi do rozkwitu anatomii patologicznej. Nauka ta staje się główną podstawą patologii klinicznej, do czego w największym stopniu przyczyniają się poglądy panujące podówczas w »Szkole wiedeńskiej«, na której czele stali patolog Rokitansky i klinicysta Skoda i która w tych czasach stała pod względem naukowym najwyżej, oraz poglądy berlińskiego klinicysty Ludwika Traubego (1818—1876). W Polsce najwybitniejszym przedstawicielem szkoły wiedeńskiej był podówczas klinicysta krakowski Józef Dietl (1804—1878).

Kierunek anatomiczny w patologii był niejako przeciwstawieniem pojęć patologicznych, pozostałych z dawniejszych systemów lekarskich, które jeszcze w drugiej połowie XIX w. miały swoich zwolenników. Wśród nich w Polsce najwybitniejszym był klinicysta warszawski, Tytus Chałubiński (1820—1889), w którego poglądach patologicznych wyraźnie przebijał wpływ nauki Browna i Broussaisa, który jednak oceniał należycie znaczenie anatomii patologicznej dla patologii klinicznej.

W rozwoju poglądów na sprawy chorobne wielką rolę odegrało w tych czasach dzieło Feliksa Niemeyera (1820—1871) p. t. »Lehrbuch der speciellen Pathologie und Therapie mit besonderer Rücksicht auf Physiologie und pathologische Anatomie«, które zaczęło wychodzić w r. 1858. Było ono wyrazem pewnej reakcyi na owe jeszcze utrzymujące się, a niedostatecznie naukowo ugruntowane dawniejsze poglądy patologiczne, a z drugiej strony na jednostronny kierunek szkoły wiedeńskiej. Dzieło Niemeyera wywarło na ówczesną medycynę wielki wpływ głównie dlatego, że Niemeyer w roztrząsaniu zarówno zagadnień patologicznych, jako też i kwestyi terapeutycznych, starał się opierać na podstawach naukowych i że uwzględniał przytem nietylko dane anatomo-patologiczne, ale zarazem, i to w znacznej mierze, nowsze zdobycze nauki w dziedzinie fizyologii.

Odtąd zaczęły znikać z nauk lekarskich pozostałe z dawnych systemów teorye patologiczne, a rozwój patologii dokonywał się w dalszym ciągu przez ścisłe badania naukowe, które przez pewien czas prowadzono głównie w kierunku morfologicznym.

Znakomite wzmocnienie podstaw morfologicznych zyskała w tym czasie patologia w t. zw. patologii komórkowej. W r. 1857 wyszło p. t. »Die Cellularpathologie in ihrer Begründung auf physiologische und pathologische Gewebelehre« klasyczne dzieło Rudolfa Virchowa (1821—1902), którego badania nad komórką doprowadziły do słynnego aforyzmu »omnis cellula e cellula«.

Virchow sprowadzał zmiany patologiczne spotykane w różnych chorobach do zmian pierwotnych, powstałych w komórkach odpowiednich narządów i tkanek. Otworzyło się wówczas niezmiernie rozległe pole dla badań patologicznych, a dodatnie wyniki podjętych w tym kierunku poszukiwań wzbudziły u wielu patologów przekonanie, że tylko przez szczegółowe opracowanie patologii komórkowej będzie można uzyskać naukowe wytłómaczenie wszelkich zjawisk patologicznych. Przekonanie to, które rozpowszechniło się głównie wśród patologów niemieckich, sprawiło, że morfologiczne badania patologiczne znacznie przyćmiły zaledwie rozpoczęte w tych czasach badanie fizyologiczne spraw chorobnych. Patologię ogólną, której to było zadaniem, a którą w braku wyrobionych podstaw naukowych rozumiano podówczas i ujmowano rozmaicie, którą już w r. 1842 Rudolf Herman Lotze (1817—1881) w dziele p. t. »Allgemeine Pathologie und Therapie als mechanische Naturwissenschaften«, próbował ująć ze strony czysto mechanicznej, pod

wpływem rozwijającej się patologii komórkowej starano się przeważnie sprowadzić do ogólnej anatomii patologicznej, a względnie ogólnej histologii patologicznej.

Wprawdzie najwybitniejsi z pośród ówczesnych patologów nie ujmowali spraw chorobnych ze stanowiska wyłącznie morfologicznego, a uwzględniali również, niekiedy nawet w znacznej mierze, ich stronę fizyologiczną. Już Rokitansky, który wbrew duchowi czasu nie był materyalistą i uważał, że atomistyka jest tylko podporą idealistycznego poglądu na świat, starał się oprzeć na anatomii patologicznej fizyologię patologiczną. Zmiany patologiczne narządów czynił on zależnemi od zmian powstałych pierwotnie we krwi, które wyrażają się w różnych t. zw. krazyach, jako to w krazyi białkowatej, włóknikowej, połogowej, tyfusowej, gruźliczej i in.; stał on zatem na stanowisku patologii humoralnej. Twórca patologii komórkowej, Virchow, głosił, że rozwój morfologii patologicznej może oddać wielkie usługi w wyświetlaniu spraw chorobnych jedynie wówczas, gdy badania morfologiczne będą oparte o badania kliniczne i wsparte przez eksperyment; przykładał on wielką wagę do patologii ogólnej, którą nazwał fizyologią patologiczną i wielkie zasługi w tej dziedzinie położył. Juliusz Cohnheim (1839—1884) obok anatomii patologicznej z wielkiem zamiłowaniem uprawiał patologię ogólną. Atoli przeważna część patologów w tej epoce oddawała się głównie badaniu zmian morfologicznych, jako tych, które jedynie w patologii można badać naukowo. Tymczasem obok dominującego w patologii kierunku morfologicznego zaczęto jednak coraz częściej posługiwać się metodą eksperymentalną, która we fizyologii tak obfity plon wydała, także i przy rozwiązywaniu zagadnień patologicznych. Metoda ta, stosowana do tego celu już pod koniec pierwszej połowy ubiegłego wieku przez Bernarda, dała i tutaj tak dobre wyniki, że z patologii wydzieliła się, głównie dzięki działalności naukowej Samuela Strickera (1834—1898), patologia eksperymentalna, jako odrębna gałąź tej nauki.

Epokowe badania Ludwika Pasteura (1822—1895) nad sprawami fermentacyjnemi (1850—1863), zwłaszcza nad fermentacyą wyskokową, w których uczony ten stwierdził, że fermentacye są związane z życiem jednokomórkowych organizmów, doprowadziły do poznania różnych ustrojów niższych, a wśród nich i takich, które sprowadzają choroby ustrojów wyższych. W ten sposób powstała bakteryologia, w której rozwoju wielką zasługę położył Robert Koch (1843—1910). Nauka ta w krótkim czasie wielce rozjaśniła patologię spraw zakaźnych, zwłaszcza ich etyologię, która do owego czasu była jedną z najciemniejszych części patologii. Nadto bakteryologia, której przedmiotem są twory najniżej uorganizowane, a zatem najprostsze i przez to dla badania najbardziej dostępne, dała początek mikrobiologii, która do postępu biologii ogólnej wielce się przyczyniła.

Badanie eksperymentalne spraw chorobnych, dokonywane na różnych zwierzętach, pokazało odrębność odczynów i wogóle zjawisk patologicznych u zwierząt różnych typów. Systematyczne atoli badania w dziedzinie patologii porównawczej są dopiero w okresie początkowym.

Bliższe poznanie chemizmu ustroju chorego, jakie zawdzięczamy rozwojowi chemii organicznej, sprawiło, że podobnie, jak przed laty wyłoniła się z fizyologii jako odrębna nauka chemia fizyologiczna, później powstała chemia patologiczna. Naukę tę łączy się jednak dotychczas zazwyczaj z chemią fizyologiczną w jedną całość.

Badania chemiczne spraw chorobnych, a w szczególności badania zaburzeń przemiany materyi, oraz badania eksperymentalne spraw zakaźnych, dały niezmiernie ważne dla patologii wyniki, mianowicie pokazały, jak wielką rolę w powstawaniu chorób odgrywa zatrucie ustroju.

Patologia eksperymentalna, która początkowo wzorowała swe metody badania na wyrobionych już w znacznej mierze metodach fizyologicznych, w stosunkowo krótkim czasie rozwinęła się tak, że już odegrała i w dalszym ciągu ciągle odgrywa wielką rolę w postępie patologii na różnych polach.

Wyniki badań w tej właśnie dziedzinie głównie sprawiły, że ostatniemi czasy dokonał się w patologii charakterystyczny zwrot, mający pewne pozory powrotu do dawnego humoralizmu, tego zasadniczego poglądu na sprawy chorobne, który w patologii od tak dawna i tak długo panował i który ostatecznie ustąpił miejsca dopiero patologii komórkowej.

Ów zwrot datuje się od r. 1881, t. j, od pierwszych zasadniczych badań fizyologa francuskiego Karola Richeta (ur. 1850), dokonanych wspólnie z Héricourtem, nad własnością uodporniania, jakiej nabiera krew zwierząt przez zaszczepienie ich jadowitym paciorkowcem.

Od tego czasu stwierdzono w wielu stanach patologicznych znamienne dla tych stanów własności soków ustroju (głównie krwi), a względnie stwierdzono w tych sokach obecność ciał charakterystycznych, tymczasem gdy komórki ustroju wyraźnych, a zwłaszcza charakterystycznych zmian w tych stanach nie przedstawiają. Poza zaburzeniami przemiany materyi, które już dawniej z tego były znane, w sprawach zakaźnych, oraz w odczynach ustroju, powstałych na parenteralnie wprowadzone doń obce białko, lub też na wytworzone w nim nieprawidłowe związki białkowate, z biegiem czasu poznawano coraz więcej stanów, w których zmiany humoralne występują na miejsce naczelne. W ostatnich czasach pokazało się, że nawet w stanie fizyologicznym, jakim jest ciąża, krew nabiera charakterystycznych własności, które Emil Abderhalden, który to zjawisko stwierdził, sprowadza do ukazywania się we krwi t. zw. fermentów obronnych.

Jakkolwiek w powyżej przytoczonych sprawach przez badanie krwi, a względnie jej osocza lub surowicy, wykryto i wyświetlono istotnie wiele zjawisk, o których badanie morfologiczne niemal zupełnie nie pouczało, to jednak, wychodząc z jedynej dziś naukowo uzasadnionej koncepcyi spraw biologicznych, musi się uznać, że owe zmiany humoralne, uwidocznione przez badania fizyo-patologiczne, jeśli nie zawsze, to przynajmniej prawie zawsze są tylko wyrazem pierwotnych zmian, powstałych w komórkach ustroju.

Dzisiejszy humoralizm w patologii różni się zatem zasadniczo od humoralizmu dawniejszego, uważa on bowiem zmiany soków ustroju za zmiany wtórne, powstałe wskutek pierwotnych zmian komórek, tymczasem gdy humo-

ralizm dawniejszy uważał zmiany soków ustroju za zmiany pierwotne. Dlatego ów zwrot do humoralizmu w nowoczesnej patologii jest tylko pozorny.

* * *

Z powyższego przedstawienia rzeczy widać, jak patologia w ciągu wieków rozwijała się w związku z innemi naukami, zwłaszcza przyrodniczemi, i w jakiej zależności od nich w różnych epokach. Zrodzona z potrzeby poznania przyczyny cierpień cielesnych, patologia czasów najdawniejszych, tak samo jak i ogólna oryentacya we wszechświecie, opierała się na powierzchownej tylko obserwacyi, a głównie na spekulacyi. Kiedy filozofowie greccy rozłożyli materyę na jej elementy, w patologii wysuwają się na pierwsze miejsce zasadnicze ciecze ustroju. Poznanie doniosłości podstaw empirycznych w badaniu zarówno prawidłowych jak i chorobnych zjawisk życiowych przypada na tę samą mniej więcej epokę; znalazło ono wyraz w nauce Hippokratesa nawet wcześniej, niż w przyrodoznawstwie Arystotelesa. Atoli brak dostatecznie pewnych podstaw naukowych, przy wielkiej skłonności starożytnych greków do filozofowania, utrzymuje i tu i tam element czysto spekulacyjny na poczesnem miejscu.

Pierwsze zaczątki anatomii patologicznej powstają w epoce rozkwitu badań przyrodniczych w szkole Aleksandryjskiej. Powstały później w rzeczach filozofii sceptycyzm rozciąga się także i na patologię. W czasach, gdy w przyrodoznawstwie dominuje opis, powstaje nozografia.

Epoka nauki scholastycznej, w której prawdziwa nauka właściwie zamiera, jest także epoką zupełnego niemal zastoju w patologii, która przez cały ten czas opiera się na autorytecie dawnych mistrzów. Rozbudzona w wieku Odrodzenia dążność do samodzielnego badania i powstała stąd krytyka naukowa prowadzi do wielkich odkryć w dziedzinie przyrodoznawstwa, w patologii zaś osłabia powagę starożytnych lekarzy i sprowadza pierwsze usiłowania zdobycia trwałych podstaw naukowych, oraz wyzyskania wyników innych nauk do wyświetlania spraw chorobnych.

Rozwijająca się fizyka i chemia zaczynają wchodzić do patologii, której atoli początkowo z powyżej wskazanych powodów wielkich usług oddać nie mogą. W miarę jednak postępu, jaki się w nauce wogóle z biegiem czasu dokonywa, patologia czerpie z fizyki i chemii coraz więcej i wyświetla różne zagadnienia na ich podstawie.

W miarę jak w naukach przyrodniczych kształci się metoda analityczna, występuje także dążność do coraz dokładniejszego rozbioru spraw chorobnych, tylko ponieważ rozbiór jest tutaj trudniejszy, niż w innych naukach, daje on w patologii wyniki gorsze, jak w innych dziedzinach przyrodoznawstwa.

W epoce, kiedy nauki przyrodnicze zaczęto opierać na szerszej podstawie i roztrząsać różne ogólne kwestye biologiczne, powstała patologia ogólna, zmierzająca do ujęcia praw ogólnych, rządzących zjawiskami chorobnemi.

W czasach gdy w naukach biologicznych uwzględniano głównie morfologię, i w patologii powstał kierunek morfologiczny, który utrzymywał się w ciągu stosunkowo długiego czasu. Element porównawczy, zwłaszcza zaś element rozwoju, który w biologii tak wielkiego nabrał znaczenia, wszedł do nowoczesnej patologii, jako jeden z najważniejszych czynników w wyświetlaniu spraw chorobnych.

Rozwój nowoczesnej fizyologii, który nastąpił głównie dzięki stosowanej w niej na szeroką skalę metodzie eksperymentalnej i który dopiero, łącznie z morfologią, umożliwił pewne pogłębienie naszych wiadomości o sprawach życiowych w ogólności, wzbudził w patologii na eksperymencie oparty kierunek fizyologiczny, który w ostatnich czasach wysunął się na czoło badań patologicznych.

Poznanie drobnoustrojów od samego niemal początku ery bakteryologicznej zaczęło wyświetlać etyologię spraw zakaźnych, a późniejsze badania bakteryologiczno-patologiczne w znacznej mierze wyświetliły patogenezę tych spraw.

Z taką zatem przeszłością, oparta na innych naukach przyrodniczych i czerpiąca z nich to wszystko, co do wyjaśnienia spraw chorobnych przyczynić się może (promienie Roentgena, rad, prawa dziedziczności Mendla i t. d.), a z drugiej strony wyzwolona od wszelkich naukowo nieuzasadnionych teoryi, jakie stanowiły tło patologii dawniejszej, dzisiejsza patologia jest wynikiem badań dokonanych zapomocą tych samych metod badania, jakie się stosuje w innych naukach biologicznych. Jest to nauka, która ani pod względem ścisłości badania, ani pod względem ścisłości wyników innym naukom biologicznym nie ustępuje.

Że patologia dotychczas nie doprowadziła do poznania tylu praw ogólnych, co niektóre inne nauki biologiczne, tłómaczy nietylko ta okoliczność, że wszechstronne naukowe zgłębianie zagadnień patologicznych datuje się od stosunkowo niedawnego czasu, ale głównie to, że przedmiot patologii jest nietylko niezmiernie rozległy, ale zarazem i nadzwyczajnie zawiły, że zatem przedstawia on dla badania naukowego jeszcze większe trudności, niż przedmiot innych nauk biologicznych. Natomiast rozległość przedmiotu, jakim się zajmuje patologia, sprawia to, że nauka ta otwiera horyzonty tak szerokie, jak żadna inna nauka biologiczna.

Że dzisiejsza patologia jest nauką współrzędną innym naukom biologicznym, świadczy także i ta okoliczność, że patologia, jakkolwiek sama posiłkuje się innemi naukami pomocniczemi, coraz częściej zapładnia inne nauki i wręcz je zasila swojemi zdobyczami, że wspomnę tylko o chemii koloidów, fizyologii ośrodków nerwowych, fizyologii gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem, mechanice rozwoju, nauce o regeneracyi, oraz zdobyczach w dziedzinie psychologii, opartych na badaniach zaburzeń mowy i psychoz.

Tę wartość naukową patologii podnieść należy w odróżnieniu od wartości naukowej medycyny praktycznej, czyli sztuki lekarskiej, która dotychczas zaledwie w niektórych tylko kierunkach zyskała silne podstawy w stwierdzonych naukowo faktach patologicznych i w której przeto wiele jeszcze na prostej empiryi, czyli doświadczeniu lekarskiem, opierać się musi.

Ponieważ jedyną właściwą podstawą medycyny jest patologia, przeto to, co jest głównem zadaniem nauk lekarskich, niesienie ulgi cierpiącej ludzkości, w pierwszym rzędzie od postępu patologii zależy.

Przedstawienie w zarysie wyniku badań naukowych w dziedzinie patologii ogólnej będzie przedmiotem niniejszych wykładów.

Piśmiennictwo.

Haeser H. Lehrbuch der Geschichte der Medicin und der epidemischen Krankheiten. Jena 1853 i 1865.
Bugiel W. Nasz najznakomitszy lekarz Odrodzenia, Józef Struś. Nowiny lekarskie 1908.
Śniadecki J. Teorya jestestw organicznych. Wydanie jubileuszowe. Poznań 1905.
Gegenbaur C. Manuel d'anatomie comparée. Paris 1874.
Schmidt E. O. Handbuch der vergleichenden Anatomie. Jena 1882.
Schwann Th. Untersuchungen ueber die Uebereinstimmung in der Structur und dem Wachsthum der Thiere und der Pflanzen 1839.
Stricker S. Vorlesungen ueber allgemeine und experimentelle Pathologie. Wien 1883.
Chałubiński T. Pisma lekarskie. Warszawa 1874.
Biernacki E. Chałubiński i obecne zadania lekarskie. Łódź 1900.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Funk. **Dyeta i leczenie dyetetyczne z punktu widzenia nauki o witaminach** (Münch. med. Woch. 1913, 46). Nowe badania wykazały, że nasze pokarmy zawierają oprócz białka, węglowodanów, tłuszczów, ciał purynowych, lipoidów i soli, jeszcze inne, dotąd nieznane, a do życia konieczne istoty, zwane witaminami; jeśli istot tych brak jest w pożywieniu, powstają choroby o właściwym typie, które autor nazywa awitaminozami, a które i do śmierci prowadzić mogą.

Witaminy są ciałami bardzo chwiejnemi, zawierającemi azot, o bardzo zawikłanej budowie, krystalicznemi, a chemicznie należą do nowej nieznanej grupy. Azot w nich jest związany nie na sposób grup aminowych, nie daje odczynów z kwasami, oraz nie daje się zupełnie lub też częściowo tylko daje się oznaczyć sposobem Kjehldahla. Charakterystyczne objawy, występujące przy awitaminozach, można ugrupować następująco: 1) objawy zwyrodnienia nerwowego z porażeniami i przykurczeniami; 2) objawy sercowe z rozszerzeniem prawego serca, dusznością, sinicą i oliguryą; 3) obrzęki podskórne, puchlina brzuszna, osierdna, piersiowa. Te trzy grupy objawów są właściwe dla choroby beri beri. Dalej 4) znany obraz chorobowy gnilca (scorbutus) z obrzękiem dziąseł, z krwotokami do tkanki podskórnej, pod okostnę i z właściwemi zmianami w kościach, ten sam obraz właściwy jest dla gnilca dziecięcego; 5) objawy rumienia lombardzkiego z zapaleniem błony śluzowej jamy ustnej, zmianami w żołądku i jelitach, typową wysypką skórną i różnymi objawami ze strony układu nerwowego ośrodkowego.

Wszystkie te objawy łączą się dość często i dają w ten sposób obrazy chorobowe z objawami kombinowanymi beri-beri, gnilca i pellagry. Dla leczenia dyetetycznego wszystkich chorób nauka o witaminach ma duże znaczenie; mało witamin zawiera mleko wyjałowione, wyjałowione konserwy mleczne, gotowane mleko krowie, białko jaja kurzego, wyjałowione wyciągi mięsne, suszone owoce i jarzyny, biała mąka pszenna, biały chleb, ryż, sago, suszona kukurydza, mąka kukurydziana i t. p. Jednostronne odżywianie pożywieniem, zawierającem mało witamin, musi wywołać bardzo złe następstwa tak u chorych, jak i zdrowych.

Autor zapowiada wydanie obszerniejszej monografii, omawiającej dokładnie te sprawy. Nowaczyński.

Schöne i Weissenfels. **Wykrywanie i znaczenie prątków gruźliczych w kale** (Zeitschr. f. Tuberkulose 1913, T. XXI, z. 13). Autorowie podają następującą metodę wykrywania prątków w kale: Kał miesza się z wodą przekroploną i wytrząsa dokładnie eterem; eter porywa prątki gruźlicze, które następnie można w odlanym eterze odwirować. W ten sposób zdołali autorowie w 9 przypadkach gruźlicy, w których brak było plwociny, 5 razy stwierdzić prątki w kale. Metoda ta nadaje się zwłaszcza do zastosowania w pedyatryi, a przedewszystkiem daje lepsze wyniki, niż metoda antyforminowa. Z wyników badań treści żołądka, przeprowadzonych na czczo w kierunku połkniętej plwociny, dochodzą autorowie do przekonania, że prątki w kale pochodzą nie z żółci, lecz z plwociny.

Nowaczyński.

Abderhalden i Andryewsky. **Zastosowanie metody optycznej i dyalizacyjnej w chorobach zakaźnych. Badania nad gruźlicą u bydła.** (Münch. med. Woch. 1913, 30). U psów i królików, których surowica prawidłowa nie wywoływała rozpadu (Abbau) prątków gruźliczych, stwierdzali autorowie ten rozpad wtedy, gdy zwierzętom tym wstrzyknęli do krwi prątki gruźlicze albo w postaci delikatnej zawiesiny albo w postaci hodowli żywej. U bydła rzeźnego, u którego nawet znajdowano zmiany gruźlicze w narządach, nie stwierdzali autorowie rozpadu prątków gruźliczych; tylko wtedy otrzymywali odosobnione dodatnie wyniki, jeśli używali prątków gruźliczych typu zwierzęcego. Używając kawałków płuc, zajętych zapaleniem płuc serowatem, stwierdzili autorowie u wszystkich 35 zwierząt, chorych na gruźlicę płuc, rozpad tkanki płucnej wygotowanej, względnie peptonu; dodatnie wyniki otrzymali jednakże u 10 z pośród 50 prawidłowych zwierząt. Z tych badań wynika, że możliwe jest rozpoznawać choroby zakaźne z pomocą metody optycznej i dyalizacyjnej, a także stwierdzać, które narządy są zajęte sprawą chorobową, o ile niema innych powikłań. Dalej wynika z tych spostrzeżeń, że przy zakażeniach odgrywają rolę zaczyny obronne (Abwehrfermente).

N.

Gulat. **Niezwykły przypadek przeżuwania (Wiederkäuen) u człowieka.** (Münch. med. Woch. 1913, 46). Przez ćwiczenie można osiągnąć pewną zdolność przeżuwania bez istnienia zmian anatomicznych w przełyku, we wpuście żołądka lub w żołądku samym. G. badał to przeżuwanie u człowieka, popisującego się połykaniem żywych żab lub ryb do 30 razy na dzień, które następnie żywe dowolnie oddawał z powrotem. Badanie rentgenologiczne stwierdzało zawsze prawidłowe stosunki w żołądku poza niezbyt wielkim stopniem nadmiernej ruchomości (hypermotilitas); badanie treści żołądkowej stwierdzało jednak tak po próbnem śniadaniu, jakoteż i obiedzie, brak kwasu solnego. Z punktu kryminalistyki ważną jest rzeczą wiedzieć o tem, że żołądek może posiadać, względnie nabyć taką niezwykłą zdolność przeżuwania. N.

Skray. **Śniadanie mięsne jako próbne śniadanie** (Wien. med. Woch. 1913, 30). Autor dodaje do zwykłego próbnego śniadania około 30 gr dobrze posiekanej szynki; dokładne posiekanie szynki jest konieczne, gdyż unika się przez to w czasie zgłębnikowania, zatykania zgłębnika niepogryzionymi kawałkami; zgłębnik wprowadza się w 1 godzinę po spożyciu tego śniadania. Okazało się przytem, że w przypadkach, w których po zwykłem śniadaniu próbnem stwierdzano zmniejszone ilości kwasu solnego (subaciditas, wzgl. anaciditas), po śniadaniu próbnem mięsnem znajdowano wolny kwas solny, a nawet zwiększoną jego ilość. W raku żołądka jednakże po śniadaniu mięsnem kwasu solnego nie stwierdzano. Wynika z tego, że we wszystkich stanach zmniejszonej kwaśności lub braku kwasu solnego, jakoteż w braku soku żołądkowego (achylia) trzeba koniecznie powtórzyć badanie treści po śniadaniu próbnem z dodatkiem mięsa; wtedy dopiero można rozpoznać brak wydzielania soku lub zmniejszenie wydzielania kwasu solnego. Obecność kwasu solnego wolnego, względnie jego wzmożenia po śniadaniu próbnem mięsnem przemawia przeciw rakowi żołądka. N.

Zolt v. Dalmady. **Oznaczenie najniższego punktu żołądka zapomocą elektromagnesu** (Med. Klinik 14, 1914, str. 614). D. przedstawił tę metodę w Towarzystwie lekarskiem w Peszcie i nadmienił, że Karol Mayer podał »podobny« sposób, używając zwykłego magnesu. (D. widocznie nie wiedział, że w publikacyi swojej (Przegląd lek. 1909, Nr 2) nawet podkreśliłem wyższość użycia elektromagnesu do powyższego celu. Przypisek sprawozd.).

Karol Mayer.

Decker. **Zapotrzebowanie białka i podrożenie mięsa** (Münch. med. Woch. 1914, Nr 16). Na podstawie własnych i obcych badań zwalcza autor zdanie Voita, utrzymujące się stale w nauce, że człowiek potrzebuje dziennie najwięcej 120 gm białka. Człowiek, pracujący średnio, potrzebuje go tylko 60 gm. Odżywianie się roślinne jest zdaniem Deckera zupełnie równorzędne z mięsem, a jednorazowy posiłek mięsny wystarcza aż nadto na pokrycie zapotrzebowania białka. Wobec tego należy rozszerzać to zapatrywanie, uczyć i umieć przyrządzać smacznie pokarmy roślinne, a tak ważna i piekąca sprawa drożyzny mięsa sama przez się, zdaniem D., upadnie. K.

Friedländer. **Pantopon w rękach lekarza praktycznego** (Med. Klin. 1914, Nr 12). Pantopon jest środkiem, posiadającym zalety makowca, a nie mającym jego wad. F. stosuje go od lat trzech i jest bardzo zeń zadowolony. Zwłaszcza korzystnie działa pantopon w bolesnych cierpieniach żołądka i jelit, przy ustawicznych wymiotach, drażliwości żołądka, kolkach, kaszlu i duszności. Cenne usługi oddaje także przy odzwyczajaniu chorych od morfiny. Do wstrzykiwań najlepiej używać oryginalnych ampułek, bo pantopon rozkłada się w styczności ze szkłem, nie wolnem od zasad. K.

Januschke. **Niektóre fizyologiczne zasady w leczeniu wrzodu żołądka i stanów pokrewnych** (Ther. Monatsh. IV. 1914). Działanie atropiny polega na wybitnem zmniejszaniu wydzielania soku żołądkowego. Przy niezwykłem zamknięciu żołądka przez kurcz odźwiernika uzyskać można bardzo dobre wyniki zapomocą papaweryny. Przy kurczach mięśni żołądka, wywołanych nietylko przez nerw błędny, ale i inne nerwy, oddaje bardzo dobre usługi kombinacya obu tych środków. Natomiast przy wrzodzie żołądka unikać należy morfiny, albowiem zwiększa ona wydzielanie soku żołądkowego. Leczenie dyetetyczne, stosowane celem zmniejszenia wydzielania, nieraz zawodzi. Uważać należy na konsystencyę i ilość pokarmów, pobranych naraz. Podrażnienie żołądka usuwa nieraz dobrze anestezyna. Stosowanie ciepła działa łagodząco na ból, gojąco i zmniejsza podrażnienie (okłady, gorące powietrze, termofor). K.

Beldau. **O leczeniu zapalenia wyrostka robaczkowego ichtalbinem.** (Med. Klinik 1914, Nr 15). B. zaleca w tych przypadkach, w których nie zamyśla się operować, stosowanie ichtalbinu, który w jelitach wywiązuje ichtyol. Podaje się go przed jedzeniem szczyptę (na koniec noża) z dodatkiem 6 kropli rozcieńczonego kwasu solnego w $^1/_4$ szklanki wody. Po ostrym napadzie zażywać ma chory ten środek jeszcze 3 razy dnia przez 6—8 tygodni. Dobre wyniki miał osiągać D. zwłaszcza w przypadkach ciągłych nawrotów, gdzie i między napadami istniały przypady w okolicy wyrostka. K.

Esler i Lenk. **Radyologiczne badania stosunku układu nerwowego do czynności ruchowej żołądka.** (M. med. Woch. 1913, 37). Autorowie stwierdzili w doświadczeniach na zwierzętach, że ani własności chemiczne soku żołądkowego (n. p. wzmożona kwaśność), ani nieprawidłowości w układzie nerwowym wegetatywnym (jak n. p. podrażnienie n. błędnego przez pilokarpinę, porażenie n. błędnego przez atropinę, podrażnienie n. współczulnego przez adrenalinę i t. p.) lub też ich kombinacye nie są zdolne wywołać zaburzeń czynności ruchowej żołądka, dających się stwierdzić radyologicznie. N.

II. Zjazd lekarzy prowincyonalnych Królestwa polskiego

w d. 31. maja i 1. czerwca 1914 w Lublinie.

Sprawozdawca **Dr W. Jasiński** (Lublin).

II. Posiedzenie

(31 maja, o godz. 3 popołudniu).

Prezydyum: Sterling (Łódź), Jedlicki (Kielce), Malewski (Grodzisk). Sekretarze: W. Jasiński, L. Płaczkiewicz, J. Skibiński.

1) Dr A. Jarosiński odczytał pracę: **O zadaniach społecznych lekarza prowincyonalnego w naszych warunkach,** wybraną przez komitet organizacyjny Zjazdu, jako temat główny z dziedziny medycyny społecznej i opracowaną przez autora na prośbę komitetu. (Drukowane w całości w Nrze 22. »Przegl. lek.«).

Dyskusya: a) T. Meyer (Tomaszów rawski) mówi o brakach szpitali prowincyonalnych, uniemożliwiających pracę celową w tych szpitalach nawet chętnym i zdolnym jednostkom; M. wnosi, by wysłać do ministeryum memoryał z udowodnieniem opłakanego stanu szpitalnictwa w Królestwie Polskiem i z żądaniem umieszczenia w budżecie większych sum na potrzeby szpitali prowincyonalnych.

b) J. Pełczyński (Radom), nawiązując do projektu poprzedniego mówcy, wyraża powątpiewanie co do celowości memoryału: projekty ministeryum, jak dowodzi projekt pomocy szpitalnej, wypracowany przez komisyę prof. Reina w Petersburgu, nie uwzględniają bynajmniej warunków miejscowych. Powinniśmy dążyć do tego, by mieć prawo wypowiadania się co do naszych potrzeb, jak to udało się uczynić Towarzystwu lekarskiemu w Radomiu w stosunku do wspomnianego wyżej projektu ministeryalnego; liczyć jednak musimy tylko na własne siły, nie na pomoc z zewnątrz. Następnie P. porusza sprawę braku statystyki zachorowań w Królestwie i zgłasza wniosek, by Zjazd lekarzy prowincyonalnych uznał i podkreślił potrzebę takiej statystyki.

c) W. Rogiński (Kolno, ziemia Łomżyńska) do zadań społecznych lekarza prowincyonalnego zalicza dążenie do zapewnienia położnicom na wsi lepszej pomocy, gdyż »babki wiejskie«, rekrutujące się częstokroć z niedołężnych staruszek, wpływają nader szkodliwie na odsetkę śmiertelności zarówno wśród położnic, jak i noworodków. R. po przezwyciężeniu trudności formalnych (pozwolenie władz) zebrał 80 takich »babek« ze swego powiatu i wyłożył im przystępnie zakres ich działalności, wskazując przedewszystkiem na niebezpieczeństwa, jakie płyną z zewnętrznego badania położnic, wykonywania samodzielnego zabiegów (obroty) i t. p. R. wnosi, by Zjazd uznał za pożądane urządzanie podobnych pogadanek dla »babek« przez lekarzy powiatowych, wiejskich i wolno-praktykujących w różnych zakątkach kraju.

d) H. Fidler (Radom) uważa za konieczne wykorzenianie konserwatyzmu, stającego najczęściej w poprzek najlepszym zamierzeniom; powinniśmy dążyć do demokratyzacyi społeczeństwa wogóle, pracy lekarskiej w szczególności. Lekarz musi być dobrze przygotowany do swego zawodu, dawać rady jędrne, owocne, a wtedy zaufanie do niego wzrośnie niepomiernie i wyniki jego pracy będą lepsze zarówno pod względem lekarskim, jak i społecznym.

e) W. Męczkowski (Warszawa) podnosi społeczną działalność lekarzy: gdzie tylko życie społeczne żywiej tętni, tam zazwyczaj duży udział bierze w niem lekarz. W porównaniu z zagranicznymi, lekarze nasi stoją pod tym względem znacznie wyżej: gdzieindziej pracę społeczną popierają państwa, miasta i gminy, u nas pozostaje jedynie działalność jednostek, napotykająca jeszcze na każdym kroku wielkie

przeszkody. Pod względem ściśle lekarskim stoimy niżej od zagranicy, gdzie lekarze często lub stale odbywają kursy teoretyczne lub praktyczne. M. nie podziela przytoczonych wyżej poglądów T. Meyera na niemożność pracy szpitalnej w warunkach prowincyonalnych; są liczne dowody, że jednostki, obdarzone inicyatywą i energią, dużo zrobić mogą; w ciągu ostatnich lat dziesięciu szpitalnictwo nasze znacznie poszło naprzód. Co do memoryału do ministeryum, M. wiele sobie po nim nie obiecuje; więcej zdziałać może akcya na miejscu u władz i w społeczeństwie miejscowem. Prace komisyi międzywydziałowej (Reina) nie zasługują na bezwzględną krytykę, mają bowiem i cechy dodatnie, co stwierdzono, rozpatrując projekt parokrotnie w warsz. Tow. higienicznem. Wreszcie M. nie podziela zarzutów, czynionych lekarzom przez H. Fidlera; wszędzie istnieć muszą ludzie źli i lepsi; nasi lekarze, powtarza M., pod względem rozumienia obowiązków społecznych stoją bezwarunkowo wyżej od zagranicznych.

f) W zakończeniu dyskusyi przewodniczący (Sterling) odczytuje z pracy Jarosińskiego szereg ustępów, które mogłyby służyć, jako materyał do uchwał zjazdowych; po głosowaniu, redakcyę ostateczną przekazano komisyi uchwał.

2). Dr Kaz. Perłowski (Zawiercie) odczytał pracę: **O mieszanem leczeniu przymiotu rtęcią i salwarsanem.** Prelegent przytoczył poglądy na skuteczność takiego leczenia Neissera, Ehrlicha, Brunsa, Ledermanna i in., oraz statystykę przypadków, leczonych przez Briegera. Następnie dłużej zatrzymał się na poglądach co do leczenia salwarsanem chorób ośrodkowego układu nerwowego i omówił dokładniej przeciwwskazania do leczenia salwarsanem, sprawę odczynów posalwarsanowych (Wechselmann, Ehrlich) i przyczyny zejścia śmiertelnego w opisanych przypadkach. Podkreśliwszy znaczenie wczesnego rozpoznawania przymiotu, przeszedł P. do dokładnego wyszczególnienia, jak leczył swoje przypadki (82 chorych, 145 wstrzyknięć), jak się zachowała próba Wassermana, jakie były objawy uboczne i t. p. We wnioskach P. nawołuje do leczenia przymiotu jednocześnie salwarsanem i rtęcią. (Wykład będzie drukowany w całości w »Pamiętniku Zjazdu«).

Dyskusya: a) A. Pański (Łódź) zabiera głos w sprawie leczenia salwarsanem chorób układu nerwowego i stwierdza, że statystyce, przytoczonej przez prelegenta, przeciwstawić można inne, wskazujące przeciwnie wpływ ujemny na wiąd rdzenia i bezwład postępujący; wyjaśnienie Ehrlicha co do powstawania neurorecydyw nie jest ogólnie przyjęte. Wprawdzie salwarsan wpływa niekiedy dodatnio na niezborność ruchów w wiądzie lub łagodzi bóle, lecz nie ma bodaj nigdy wpływu na samą sprawę, która polega bezwarunkowo na zniszczeniu tkanki nerwowej. Jeszcze mniej działa salwarsan na objawy bezwładu postępującego, rozpoznanego z pewnością. Natomiast salwarsan przyczynić się może do powstawania neurorecydyw, ślepoty lub nawet śmierci, czy to wskutek działań ubocznych, czy wskutek zatrucia arsenem, czy też zapalenia mózgu. Stąd wniosek, że salwarsan w cierpieniach omawianych powinien być stosowany z wielką ostrożnością, wyłącznie w szpitalach, gdzie chory może być wszechstronnie zbadany (nerwy wzrokowe, dokładne ustalenie rozpoznania bezwładu postępującego); w przeciwnym razie możemy przynieść choremu czasami chwilową ulgę, częściej zaś wyrządzić szkodę.

b) I. Leyberg (Łódź) wyraża zdanie, że leczenie przymiotu w okresie ostrym powinno być energiczniejsze, niż doradza prelegent: zamiast 5% salicylanu rtęci L. radzi 40% olej szary lub 10% kalomel, salwarsan zaś w postaci rozczynów stężonych. Odczyn Wassermanna nie świadczy o wyleczeniu, o ile występuje zbyt szybko; w tych razach ma znaczenie t. zw. metoda prowokacyjna: jednorazowe wstrzyknięcie większej dawki salwarsanu po stwierdzeniu odczynu ujemnego wywołuje często zamianę tego odczynu w dodatni. Co do późnej kiły układu nerwowego, to zadaniem naszem jest raczej nie pozwolić na rozwinięcie się tych cierpień, niż leczyć rozwinięte. W tym względzie duże znaczenie ma badanie płynu mózgowordzeniowego (»4 odczyny« Nonne-Appelta), gdyż pozwala rozpoznać ukryte cierpienia mózgu i rdzenia w okresie, poddającym się leczenia.

c) K. Jaczewski (Lublin) stosuje leczenie przymiotu przetworem Ehrlicha od pierwszych nieomal chwil ukazania się tego leku, gdyż już w październiku 1910 miał sposobność otrzymać 20 tubek »606« wprost od jego wynalazcy. Pierwiastkowo stosował salwarsan w zawiesinie oleistej (ol. sezami), wstrzykując dawki 0·1—0·2—0·3, później zaś śródżylnie metodą Weintrauda. Ostatnimi czasy posługuje się wyłącznie zgęszczonymi rozczynami neosalwarsanu. Jak dotąd, nie spostrzegał ani jednego przypadku śmierci, ani też zaburzeń, któreby mogły budzić obawę o życie chorego, w szczególności zaś nie spostrzegał powikłań ze strony narządu wzrokowego, o których wspomniał kol. Pański. Mowca tembardziej to podkreśla, że opiera się na materyale szpitala, gdzie obok oddziału dla chorych wenerycznych istnieje i oddział oczny. Opisywane przypadki niepomyślne, które kończyły się śmiercią, możnaby podzielić na dwie kategorye. W jednej z nich możnaby się skłaniać ku przypuszczeniu, że śmierć mogła być skutkiem zbyt silnego odczynu ogniskowego sprawy swoistej; objawy występują już wkrótce po wstrzyknięciu. W drugiej zaś grupie domyślać się można poniekąd działania toksycznego; objawy mózgowe występują dopiero po paru dniach pozornego zdrowia. Aż dotąd J. nie zetknął się w praktyce z żadną z tych kategoryi — wypowiedziane przypuszczenie opiera wyłącznie na przypadkach z piśmiennictwa. — Neosalwarsan stosuje bardzo często, lecz zarówno w dawkowaniu, jak i metodzie stosowania kieruje się pewnemi odchyleniami od reguł ogólnie przyjętych. Przedewszystkiem więc z obawy przed nadmiernym odczynem ogniskowym, zwłaszcza gdy choroba trwa już czas pewien, nie przepisuje odrazu »914«, lecz podaje uprzednio ewentualnie rtęć i jod. Stosuje dawki małe: Nr I, Nr II, rzadko Nr III, w odstępach 7—10—14-dniowych po kilkakroć nietylko z obawy przed toksycznemi właściwościami leku, lecz i dla innych jeszcze powodów. Spostrzegał bowiem wybitnie skuteczne działanie małych dawek nawet w bardzo ciężkich przypadkach przymiotu złośliwego. Takie przypadki nasuwają oryentacyę szczególną i pobudzają do zwrócenia myśli w kierunku doszukiwania się analogii z powszechnie znanem stosowaniem chininy w trzeciaczce ongi i obecnie. Zamiast dużych dawek podajemy obecnie małe dawki chininy; byle zachowany był pewien obrachunek co do okresu napadu gorączki, skutek pomyślny jest prawie niezawodny. Otóż rodzi się pytanie, czy i w przymiocie nie należałoby dążyć do analogicznych stosunków, respective do wyszukania chwili odpowiedniej dla podania leku w tym, a nie innym okresie rozwoju pasorzyta, przez co możnaby naprawdę osiągnąć »therapiam sterilisantem magnam«. W leczeniu początkowych okresów wiądu rdzenia Jaczewski spostrzegał ustępowanie objawów podmiotowych, nawet bezład ruchów znikał, utrzymywało się to polepszenie nawet czas dłuższy (ponad 2 lata). Przedmiotowo zaś nie stwierdził J. ani razu powrotu odruchów lub zniknięcia innych klasycznych objawów choroby.

d) Prelegent (Kazimierz Perłowski) odpowiedział w sposób następujący: Co do neurorecydyw, Wechselman nie widział ich wcale (25.000 przypadków), Finger zaś w drugim okresie przymiotu widział 44 razy na 600 przypadków i wobec tego nie radzi nawet stosować salwarsanu w tym okresie. Co do leczenia chorób układu nerwowego salwarsanem, zdania są podzielone, coraz częściej jednak spotykamy w piśmiennictwie wzmianki, że przy umiejętnem leczeniu osiągnąć można poprawę; własnego doświadczenia P. nie posiada. Co się tyczy poruszanej przez kol. Leyberga sprawy wlewań neosalwarsanu, to nieznaczne niedokładności techniki mogą wywołać (przy wstrzyknięciu do tkanki

podskórnej) bądź ropowice, bądź co najmniej nacieki, utrudniające następne wlewania; należy stosować przyrząd Hauptmanna, który od tych powikłań poniekąd zabezpiecza. Wysokie dawki rtęci nie są pożądane, gdyż, jak dowiedli liczni badacze (Hahn, Kostenbader), zamiast wzmacniać siły ochronne ustroju, zmniejszają je i osłabiają. W odpowiedzi kol. Jaczewskiemu zaznacza P., że pomimo stosowania dość dużych dawek salwarsanu nie miał powikłań; próbę Wassermana, o ile jest dodatnią, uważa za pewną, ujemna zaś niczego nie dowodzi.

3). Józef Maybaum (Łódź): **O wczesnem rozpoznaniu raka narządów trawienia.** Liczba chorych na raka wzrasta z roku na rok; rak porywa coraz więcej ludzi młodych. Dopóki brak leczenia swoistego i środków zapobiegających tworzeniu się i rozpowszechnianiu raka, należy raka operować. Operacya może dać wynik pomyślny tylko, jeżeli dokonana jest wcześnie. Wczesne rozpoznanie raka jest możliwe przez: 1) uważne wysłuchanie skarg chorego i uwzględnianie wszelkich najdrobniejszych objawów przedmiotowych i podmiotowych; 2) skrupulatne badanie, szczególnie obmacanie brzucha »głębokie«; 3) badanie treści żołądka naczczo i po śniadaniu próbnem; 4) badanie kału co do krwi utajonej; 5) prześwietlanie żołądka i jelit; 6) wziernikowanie; 7) badanie odbytnicy palcem.

Dyskusya: a) A. Zawadzki (Warszawa) sądzi, że wszelkie dotychczasowe sposoby rozpoznawania raka są niedostateczne, gdyż wykrywają guz w okresie, już nie nadającym się do operacyi. Lekarz domowy w razie najmniejszego podejrzenia co do owrzodzeń w narządach trawienia powinien wzywać chirurga; chirurg niezawsze, nawet podczas operacyi, określić może charakter stwierdzonego owrzodzenia; — rozstrzygającem jest dopiero badanie anatomopatologa, który zamraża podejrzaną cząstkę tkanki i przygotowuje natychmiast preparat barwiony, by jeszcze w czasie operacyi dać odpowiedź chirurgowi; obmacywanie zaś, nawet najbardziej dokładne, stwierdza obecność guza wtedy już, gdy chorego uleczyć niepodobna. Wobec tego należałoby uświadamiać ogół, czem grozi zwłoka w operacyi.

b) B. Dziemski (Lublin) w sprawie wczesnych objawów raka żołądka zaznacza, że niezawsze daje się zauważyć stopniowe zmniejszenie ilości kwasu solnego; częstokroć przeciwnie bywa nadkwaśność, co wraz z dodatnim odczynem utajonego krwawienia upoważnia do rozpoznania wrzodu żołądka. Praktyka wskazuje jednak, że dokonana gastroenteroanastomoza nie przynosi choremu korzyści, gdyż chodzi tu o rakowe owrzodzenie żołądka. Co do odczynu utajonego krwawienia, pamiętać należy, że przy zgłębnikowaniu żołądka błona śluzowa ulega obrażeniu; niewielkie krwawienie, jakie wówczas powstaje, wystarcza do stwierdzenia odczynu czułymi odczynnikami, co może wprowadzić nas w błąd, zwłaszcza w przypadkach braku soku żołądkowego (achylia). Pamiętać też należy, że niestrawione włókna mięsne dają odczyn dodatni przy badaniu kału co do krwi utajonej.

c) J. Dehnel (Będzin) podkreśla znaczenie stopniowego zmniejszania się ilości kwasu solnego, według Gluzińskiego.

d) Fidler (Radom) zapytuje prelegenta, czy stosował metodę Abderhaldena w celu wczesnego rozpoznawania raka; zgadza się z Dziemskim co do konieczności usunięcia mięsa z dyety chorego na 3 dni przed badaniem kału co do krwi utajonej.

e) I. Watten (Łódź) podnosi wartość rentgenoskopii i rentgenografii w rozpoznawaniu raka żołądka w bardzo wczesnych nawet okresach; metoda ta jest dotąd niewątpliwie najlepszą, badanie jednak dokonane być musi przez bardzo doświadczonego rentgenologa. Należy przeto starać się, by powstawały gęściej pracownie rentgenologiczne i by wcześnie kierowani byli do rentgenologa chorzy z objawami »kataru żołądka«, który — u chorych po czterdziestce, a nieraz i wcześniej — zależy bardzo często od raka.

f) Prelegent (J. Maybaum) odpowiada, że 1) objaw zmian wydzielniczych (heterochylia) jest nader ważnym w rozpoznawaniu nowotworu, o czem mówił w odczycie; 2) próba Abderhaldena nie może liczyć na rozpowszechnienie w praktyce prowincyonalnej; 3) kwas mleczny jest tylko objawem zastoju z powodu zwężenia odźwiernika, lecz o charakterze zwężenia nic nie mówi; 4) rentgenoskopia jest niezmiernie ważna w rozpoznawaniu raka, lecz tylko współrzędnie z wynikami różnych sposobów badania mogą jej dane zaważyć na szali rozpoznania. W końcu powtarza M., że rak jest na równi z gruźlicą klęską społeczną i walka z tą chorobą jest naszym obowiązkiem społecznym.

4). Z powodu nieobecności W. Chodźki przewodniczący udzielił głosu M. Arnsztajnowi (Lublin), który odczytał pracę: **O brakach w wykształceniu lekarzy prowincyonalnych i o środkach zaradzenia złemu.** Prelegent w pracy swej zestawił odpowiedzi na rozesłaną do wielu lekarzy stolicy i prowincyi (250) ankietę w tej sprawie. Ogólnie stwierdzano jednostronność wykształcenia lekarzy, nieznajomość gałęzi wiedzy, nie mających bezpośredniego związku z medycyną (logika, filozofia), małą znajomość języków obcych, co ogromnie utrudnia uzupełnianie wykształcenia przez odnośne piśmiennictwo. Lekarze prowincyonalni, praktykujący w małych miasteczkach, zdala od ruchu umysłowego, w trudnem znajdują się położeniu, gdy chodzi o uzupełnianie wykształcenia; tymczasem życie wymaga od nich większych wiadomości, niż od lekarzy większych środowisk, którzy mogą naradzać się ze specyalistami, mają pracownie i t. p. Najczęściej wyjeżdżają na prowincyę młodzi lekarze, niedostatecznie przygotowani do przyszłej swej działalności, zbyt wcześnie po ukończeniu uniwersytetu, który (szczególniej uniwersytet warszawski, pozbawiony wielu ważnych katedr) daje im bardzo mało. Lekarz, wyjeżdżający na prowincyę, powinien odbyć przynajmniej w ciągu jednego roku praktykę w większym szpitalu. Dalsze uzupełnianie wykształcenia odbywać się powinno peryodycznie, gdyż koniecznie trzeba zapoznawać się z nowemi teoryami i zastosowaniem ich w praktyce. Należałoby za przykładem zagranicy urządzać u nas kursa wakacyjne dla lekarzy; — większe miasta prowincyonalne mogłyby również stać się terenem pracy dla lekarzy, pragnących uzupełnić swe wykształcenie. Godną zastanowienia jest również myśl stworzenia wyłącznego organu, poświęconego sprawie uzupełniania wykształcenia, lub odnośnego działu w jednem z wychodzących pism lekarskich. Ważne byłoby również wyszukiwanie zapomóg, stwarzanie stypendyów i zyskiwanie zapisów dla lekarzy, pragnących uzupełniać swe wykształcenie i nie mających po temu środków. W zakończeniu prelegent przedstawił następujące wnioski: Odkładając dla łatwo zrozumiałych powodów sprawę uniwersytetu w Królestwie do innych czasów, powinniśmy wszelkie wysiłki skierować ku podniesieniu wykształcenia lekarzy prowincyonalnych w zakresie dla nas dostępnym, a mianowicie: 1) Należy starać się o rozszerzenie działalności Towarzystw lekarskich prowincyonalnych, porozumiewanie się tych towarzystw, opracowywanie wspólnemi siłami programu działalności oraz zgrupowanie w towarzystwach wszystkich lekarzy prowincyonalnych. 2) Wobec tego, że szpitale mogą się stać terenem nauki dla przyszłych pokoleń lekarzy, należy starać się o rozwój i reformę szpitali, domagając się niezmordowanie: lepszego wynagrodzenia dla lekarzy szpitalnych, stworzenia posad asystentów, internów, prosektorów, urządzenia pracowni, a także konkursów lub egzaminów dodatkowych dla lekarzy naczelnych. 3) Przyjąć za normę, by młodzi lekarze po ukończeniu kursu odbywali obowiązkową praktykę szpitalną przynajmniej w ciągu jednego roku i aby lekarz praktykujący obowiązany był przynajmniej co lat trzy odświeżyć swe wiadomości na kursach wakacyjnych. 4) Starać się o pomoc materyalną dla kończących kurs studentów, nie mogących z powodu braku środków odbyć studyów praktycznych. 5) Starać się o pozwolenie na założe-

nie »Towarzystwa samokształcenia lekarzy« (na zasadach kooperatywy), któreby się zajęło organizacyą praktyki rocznej dla młodych lekarzy, urządzaniem wykładów wakacyjnych, zyskiwaniem stypendyów, organizacyą czytelnictwa i stworzeniem pisma (resp. zastosowaniem jednego z istniejących) do potrzeb samokształcenia lekarzy prowincyonalnych. 6) Zachęcać lekarzy dalszej prowincyi do możliwej specyalizacyi. 7) Wybrać komisyę stałą, która — zanim »Towarzystwo samokształcenia« dojdzie do skutku — rozpocząć ma układy z uniwersytetami w celu zastosowania kursów wakacyjnych do potrzeb lekarzy prowincyonalnych, nawiązać stosunki z instytucyami naukowemi i redakcyami pism lekarskich warszawskich celem pośredniczenia we wskazywaniu chętnym miejsc do pracy w szpitalach, klinikach i laboratoryach. Komisya ta ma gromadzić fundusze i czuwać nad wykonaniem uchwał Zjazdu.

Dyskusyę nad odczytem odłożono do III posiedzenia Zjazdu.

43. Zjazd chirurgów niemieckich

w Berlinie od 15—18 kwietnia 1914

podał **Dr A. Klęsk.**

(Dokończenie.)

35) Oehlecker: **O wycinaniu drugiego zwoju rdzeniowego przy pewnych postaciach rwy potylicznej.** Doniesienie o 4 korzystnych wynikach operacyi. Drugi zwój rdzeniowy leży w szczelinie pomiędzy łukiem pierwszego kręgu i kręgiem drugim. Dochodzi się do niego po przecięciu mięśni: płatowatego, półkolcowego (semispinalis) i skośnego.

36) Barth: **Chirurgiczne leczenie ropnego zapalenia opon.** B. zachęca do operacyjnego leczenia ropnego zapalenia opon przez sączkowanie czaszki, względnie kanału rdzeniowego po laminektomii.

37) Axhausen omawia tworzenie się t. zw. **myszek ątawowych** i zaleca w takich przypadkach szerokie otwarcie stawu i usunięcie innych, bardzo przytem częstych, zmian chrząstki stawowej.

38) Hohmeier, Magnus, Payr: **Doświadczenia nad uruchomieniem zesztywniałych stawów.** Nie należy się obawiać, by po operacyi w stawie zjawiały się zmiany zniekształcające. Wytwarza się potem dobra torebka stawowa, na podobieństwo torebki maziowej, a końce stawowe kości, mimo braku chrząstki, funkcyonują nienagannie. Nie należy uruchomiać stawów, które resekowano z powodu gruźlicy kostnej.

Dyskusya: Röpke używa do wkładania między powierzchnie stawowe tkanki tłuszczowej; uruchomia stawy i po sprawie gruźliczej, nawet przy przetokach.

39) Heinecke: **Wszczepianie nerwu w mięsień.** Porażony mięsień można pobudzić do czynności przez wszczepienie weń nerwu ruchowego. Już po 2—3 tygodniach skutek jest widoczny. Nowe nerwy wrastają w mięsień drogami nerwu zwyrodniałego, bo nie udaje się wszczepić skutecznie drugiego nerwu, gdy jeden jeszcze funkcyonuje.

40) Katzenstein: **Demonstracya szczepienia splotu przy porażeniu dziecięcem.** Przy porażeniu całej kończyny próbować należy szczepienia splotu zdrowym nerwem z drugiej strony, co K. wspólnie z Bielschowskym wypróbował na małpach, a potem z powodzeniem zastosował u chorych. Na kończynie górnej użyć można do tego nerwu nadobojczykowego lub ramienia wstępującego nerwu podjęzykowego, na dolnej użyć można nerwu zasłonowego, podotrzewnie.

Dyskusya: Spitzy zwraca uwagę, że Maragliano radził zasilać porażony nerw udowy częścią zdrowego z drugiej strony.

41) Gerulanos: **Zranienia nerwów obwodowych podczas wojny bałkańskiej.** 68 przypadków, z tego 50 operowanych (8 na kończynie dolnej, reszta na górnej). Operować można dopiero w 6—8 tygodni po zranieniu, o ile niema poprawy, lecz zmniejszenie pobudliwości. Przy szwie należy uważać, by odpowiednie odcinki przekroju nerwu przylegały do siebie dokładnie anatomicznie w sensie Stoffela. Wyniki osiąga się dobre nawet przy plastykach i uzupełnianiach nerwów katgutem.

42) Sprengel przy dużych **ranach ziarnkujących** radzi pobudzać je do gojenia przez wszczepianie pasów skóry, przez co pomnaża się liczbę brzegów, wysyłających naskórek.

43) Waegner zaleca wyciąg gwoździowy **przy złamaniach uda,** Bauer zaleca do leczenia złamań uda osobne strzemię kolanowe.

44) Steinmann: **Nowy sposób leczenia cuchnących ropni.** Przy głębokich cuchnących ropniach zaleca S. wprowadzać w głąb ustawicznie zapomocą sączków tlen i prąd powietrza, przyczem ropnie te goją się niezmiernie szybko.

Tiegel zamiast tamponady gazą, która zatyka nieraz poprostu otwór, zaleca sprężynowe rozszerzadła.

Walzel omawia wyniki krwawego odprowadzania zwichnięć łokcia.

45) Oser i Bergmann, mówiąc o trwałych wynikach **operacyi zapalenia szpiku kostnego,** zalecają energiczne wycinanie schorzałej kości.

46) Voelcker: **Doświadczalne studya nad przyczyną pooperacyjnych zakrzepów i zatorów.** Przyczynę powstania tych powikłań upatruje V. w wadliwem pod-

Solanki **LUHACZOWICE** na Morawach!

Frekwencya gości w r. 1913 ogółem 15.000 osób.

Najbogatsze w Austro Węgrzech źródła szczawy alkaliczno-solankowej. Kąpiele kwasu węglowego, solankowe, siarczane i błotne Zakład hydropatyczny z wszystkimi rodzajami kąpieli elektrycznych, kąpiele tlenowe. Wziewalnie, sala pneumatyczna i do przepłukiwania gardła. Kąpiele słoneczne i powietrzne, pływalnie. 131

Luhaczowickie wody mineralne i solanki leczą: reumatyzm, otyłość, cukrzycę, kamienie żółciowe, choroby sercowe, katary płuc, żołądka i kiszek, choroby kobiece, zołzy (skrofuły), chroniczne wypryski, cierpienia nerwowe i t. d.

Wyczerpujące prospekty przesyła:

Zarząd kąpielowy w Luhaczowicach, Morawy.

SANATORIUM **REKAWINKEL**

dla nerwowo i umysłowo chorych.

Najbardziej postępowo urządzone, wszystkie środki lecznicze, dokoła otoczone lasem, blisko Wiednia, stacya kolei miejskiej

przez cały rok 4 lekarze. 270

Telefon (patrz książkę telef. wiedeńską) Rekawinkel Nro 2.

Rozmownica Wiedeń I, Operngasse 6, w środę i sobotę pop. godz. 4. Tel. 5840.

wiązywaniu żył przy operacyi, co wywołuje dostawanie się rozpadłej krwi do dalszych naczyń i zakrzepy.

47) Philipowicz: **O tamowaniu krwi i jałowym zakrzepie.** Do tamponady zaleca P. używać żywych tkanek. Zakrzepy po operacyi powstają u osobników z wadliwem krążeniem, wobec wessania produktów z rany i uszkodzenia błony wewnętrznej naczyń.

48) Wohlgemuth: **Nowy sposób tamowania krwawień miąższowych.** W. zaleca t. zw. koagulin Kocher-Fonio, zwłaszcza przy krwawiączce. Jeżeli się tamponuje, to powinno się użyć tamponu, którego usuwać nietrzeba, a więc z materyału ulegającego wessaniu. Taki materyał podał W. razem z Jegerem, a otrzymał go przez odpowiednie preparowanie jelit owiec.

Dyskusya: Jeger zachwala powyższy tampon, Hesse zaleca do tamponady wolno zabraną powięź, König jałową gąbkę, Albrecht popiół kostny, Perthes sok z tarczycy, Körte sieć.

49) Mühsam: **Co osiągamy przy różnych postaciach niedokrwistości przez wycięcie śledziony?** Przy chorobie Bantiego osiąga się nieraz korzystne wyniki przez wycięcie śledziony, podobnie przy niedokrwistości śledzionowej, ew. przy żółtaczce hemolitycznej. Należy też za radą Eppingera i Decastello próbować tej operacyi przy niedokrwistości złośliwej, by osiągnąć choć czasową poprawę.

50) Goldschmidt i Strisower: **Doświadczalne badania nad działalnością śledziony.** Wnioski jak w pracy poprzedniej.

51) Jenckel opisuje pooperacyjną **zgorzel trzustki,** a Dreesman t. zw. **peritonitis pancreatica,** uważając to cierpienie za stosunkowo łagodne.

52) Payr omawia badanie i leczenie cierpień przewodu pokarmowego z pomocą elektromagnesu. (Rzecz streszczona już w »Przeglądzie lek.«).

53) Pribram donosi o próbach **zwalczania zrostów otrzewnych** przy pomocy ciała szklistego oka, a Kocher o takichże próbach z pomocą wyciągu ze śledziony.

54) Opitz omawia **przyczyny zapaleń wyrostka robaczkowego** i sądzi, że początek cierpienia zwykle leży w jelicie grubem, a wyrostek ulega zajęciu dopiero następowo.

55) Francke zachęca do **wyjmowania** gruźliczo zmienionych **gruczołów krezkowych.**

56) Küttner omawia **chirurgię żołądka na podstawie 1000 przypadków cierpień żołądkowych.** Rak żołądka na tle wrzodu jest cierpieniem stosunkowo rzadkiem, a natomiast t. zw. wrzody modzelowate często są owrzodziałymi rakami. Wycinanie raka żołądka daje 25% śmiertelności. Przy wrzodach żołądka w czasie krwawienia K. nie operuje. Do gastroenteroanastomozy używa K. szwu, a guzika używa w razie silnego skurczenia żołądka.

Anschütz wyraża zdanie, że zaledwo w 2—3% operowanych raków żołądka chorzy żyją potem ponad 3 lata.— Perthes przy wrzodach poza odźwiernikiem wykonuje z dobrym skutkiem także wycięcie poprzeczne. — Podobny temat omawia Haudek, zwracając uwagę na wielkie znaczenie badania rentgenowskiego. — Konjetzny zastanawia się nad ukrytem krwawieniem przy raku żołądka, Saar opisuje ropne sprawy żołądka i jelit, a Guleke wyniki wyłączania odźwiernika przez podwiązywanie.

II. Zjazd internistów polskich we Lwowie

w dniach 21. i 22. lipca 1914.

(Dalszy ciąg zgłoszonych wykładów).

77) Obecny stan badań doświadczalnych nad białaczką z uwzględnieniem własnych badań. Kol. prof. Wiczkowski (Lwów). 78) Przedstawienie środków leczniczych z fabryki Laokoon i ewent. przedstawienie chorych z oddz. wewn. I. Kol. Voit i Handwerker (Lwów). 79) Zmiany organiczne układu nerwowego w tężyczce. Kol. Orzechowski (Lwów). 80) Tężyczka a guz mózgu. Kol. doc. Orzechowski.

Komitet zjazdowy uprasza Sz. Kolegów o rychłe nadesłanie streszczeń zgłoszonych wykładów z równoczesnem dołączeniem przekładu na język francuski lub niemiecki. Dalsze zgłoszenia należy nadsyłać pod adresem: prof. Dr R. Rencki, Lwów, Romanowicza 3.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 24. VI. posiedzenie, ostatnie przed feryami, na którem prof. Ciechanowski, Kader i Lewkowicz przedstawiali preparaty i chorych, poczem Dr Rose miał wykład: O nowych badaniach nad lokalizacyą w korze mózgowej. W dyskusyach przemawiali Dr Blasberg, Borowiecki, Rogalski i i.

— Medal złoty im. J. Sniadeckiego, który przyznawany będzie za wybitną działalność naukową w zakresie nauk przyrodniczych i lekarskich przez Wydział lekarski krakowski, przyznany został po raz pierwszy. Otrzymał go znakomity chemik, prof. Dr Karol Olszewski, na podstawie jednomyślnej uchwały Wydziału z d. 19. czerwca b. r.

— Prof. Dr. Stanisławowi Domańskiemu, który w r. b. kończy 70. rok życia, stanowiący wedle ustawy uniwersyteckiej kres działalności profesorskiej, uchwalił Wydział lekarski krakowski, jako dozwolony ustawą wyjątek, ofiarować dalszy »honorowy rok« profesury czynnej.

— Rektorem Uniwersytetu Jagiellońskiego wybrany został ponownie prof. Dr Kazimierz Kostanecki.

— Dziekanem Wydziału lekarskiego krakowskiego na rok 1914/5 wybrany został prof. Dr Aleksander Rosner.

— Odsłonięcie pomnika Henryka Jordana w parku jego imienia odbyło się d. 21. VI. b. r. Przy odsłonięciu przemawiali prezydent m. Krakowa JE. Dr Leo imieniem miasta, rektor Uniw. prof. Dr Kostanecki imieniem Wszechnicy Jagiell. i wszystkich instytucyi, korporacyi i Towarzystw lekarskich, radca M. Zaleski imieniem Rady szkolnej krajowej, radca Dr Winkowski imieniem kół wychowawczych, wreszcie przedstawiciel młodzieży

W klinice dermatologicznej w Gracu wypróbowany i najkorzystniej oceniony

PINOSOL

(p. Oesterr. Aerztezeitung, X. roczn. Nr 3 z d. 5-go lutego 1913)

nowy oczyszczony przetwór dziegciu drzewnego bez woni dziegciu i barwy dziegciu.

Nadaje się znakomicie jako środek zastępujący surowe produkty dziegciu pix liquida, bitum. fagi, ol. rusci etc. w recepturze dla

leczenia chorób skórnych.

Zapewnia znane działanie dziegciu, chociaż bez niemiłych własności powyższych przetworów.

PINOSOLUM PURUM może być w najrozmaitszych połączeniach magistraliter zapisywany (p. Oesterr. Aerztezeitung, r. IX, Nr 18 z d. 20 września 1912 i r. X, Nr 3 z d. 5 lutego 1913):

Ceny recepturowe: 1 g 15 h, 10 g K 1·20

Nadto wprowadzamy, jak już wiadomo, PINOSOL do handlu także w postaci stałych i płynnych mydeł, kremu, pudru, pudru shampoonowego etc.

Składy w aptekach

Pharm.-chem. Fabrik G. HELL & Comp., TROPPAU. 139

szkół średnich i przedstawiciel robotników, poczem wielki pochód młodzieży szkół ludowych i średnich oraz oddziałów harcerskich złożył hołd pamięci Jordana, zasypując pomnik kwiatami. Pomnik dłuta Szczepkowskiego stanął z ofiar publicznych i funduszów miejskich staraniem komitetu, któremu przewodniczył wiceprezydent miasta Dr Szarski. Pomnik stanowi popiersie bronzowe na kolumnie granitowej z napisem: »Henrykowi Jordanowi wdzięczni rodacy«.

— Dyplom doktorski uzyskali p. Wojciech Kurnatowski, rodem z Radoliny, Michalina Maritczakówna z Krakowa i Kazimierz Kessel z Płocka.

Warszawa. Polski Komitet badania i zwalczania raka przypomina, że w d. 1. X. b. r. upływa ostateczny termin nadsyłania prac konkursowych na temat: »O sposobach wczesnego rozpoznawania raka«. Nagroda wynosi 300 rb. Adres: Warszawskie Towarzystwo higieniczne, Krakowskie przedmieście 66.

— Walne Zgromadzenie delegatów Towarzystwa walki z alkoholizmem »Przyszłość« w Warszawie uchwaliło przesłać Kołu polskiemu Rady państwa w Petersburgu prośbę o przyczynienie się do uzupełnienia artykułu 681 ustawy akcyzowej wzmianką, że niewolno sprzedawać trunków również w pobliżu szpitali, ochron, przytułków i innych zakładów dobroczynnych. Uchwała ta ma doniosłe znaczenie, gdyż przestrzeń, dzieląca miejsca sprzedaży napojów wyskokowych od zakładów dobroczynnych, w tej liczbie szpitali, przez prawodawstwo rosyjskie dotąd określona nie została. Można więc zmusić szynkarza do przeniesienia swego zakładu na pewną przestrzeń od kościoła, ale niemożna dotychczas nie pozwolić mu na otworzenie szynkowni naprzeciwko lub obok szpitala. St. Sk.

— Kasa wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierót w roku 1913 (56. istnienia) miała 913 członków, 152.781 rbs. majątku, 13.702 rb. dochodu, a 11.393 rb. wydatku. Zapomóg udzielono 9 lekarzom, 113 wdowom i sierotom w ogólnej kwocie 10.195 rb. Zarządza kasą Dr L. Babiński.

Zmarli: Dr Maksymilian Tyc w Monachium.

Redakcya otrzymała: Rosenberg: Walka o salwarsan (Nowiny lek. 1914). — Kuczewski: Walka z gruźlicą w krajach skandynawskich (Głos lek. 1914).

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

Karlsbad **Dr med. ADAM MACIĄG** 132
b. asystent c. k. kliniki chorób wewn. Uniw. Jagiel.
ordynuje jak lat ubiegłych
Dom »KRONENAPOTHEKE« (przy Mühlbrunie).

KRYNICA Pensyonat i Zakład leczniczy 136 Dr. E. ZARZYCKIEGO
od maja do października. — Wodolecznictwo na miejscu. — Żądać prospektów.

KRYNICA **Dr Stanisław Flaschen**
ordynuje jak zwykle Willa „Gwiazda“
138

Bad HALL w Górnej Austryi.
Kąpiele jodowo-bromowe pierwszej jakości, najstarsze i najskuteczniejsze źródlisko w Europie. 144
Skuteczne w chorobach kobiecych, wysiękach, chronicznych zapaleniach, dnie, gośćcu, zwapnieniu tętnic, zołzach, kile wrodzonej, nabytej, w procesach następowych tejże i t. d.
Prospektów i wyjaśnień udziela Zarząd. — **Sezon od 1 maja do 1 października.**
Sanatoryum Dra v. GERSTEL otwarte i w zimie.

NATURALNA SÓL SZPRUDLA
jest jedynie prawdziwą solą KARLSBADU 147
Zastrzega się przed falsyfikatami

Szczawa Krondorfska uznana za najlepszą i naturalną
Najlepsze skutki w nieżytach żołądka i pęcherza, jakoteż dróg oddechowych. 205
Prospekty rozsyła na żądanie Brunnen-Unternehmung Krondorf bei Karlsbad lub też Generalna reprezentacya dla Galicyi i Bukowiny, Kraków, Grodzka 48. Lwów, Sykstuska 31.

IWONICZ **Dr JÓZEF JASIEŃSKI**
ordynuje w sezonie bieżącym jak zawsze od 25 maja
Bazar. 277

KARLSBAD **Dr W. Maleszewski**
b. Asyst. Kliniki krakowskiej
ordynuje jak dawniej **„Haus Nastopil“.**
O otwarciu własnego
SANATORIUM (PENSION MÉDICALE-DIÈTÉTIQUE)
wyjdą osobne oznajmienia. 288

Dr MAKSYMILIAN FUCHS 284 ordynuje jak dawniej
w Badenie (pod Wiedniem) ul. Renngasse 6

Leczenie tlenowo-yoghurtowe w sensie **„wychowania jelita“**
oddaje według doświadczenia usługi przy najskuteczniejszem leczeniu **nieżytów żołądka i jelit, zaburzeń w trawieniu, nadmiernej kwasoty żołądka** szczególnie przy **nawykowem zaparciu** i tegoż objawach następowych.

„Kołaczyki magnowe“ Prof. Junghahn'a
Fiolka z 33 porcyami K 3.
Sporządzone z czystego wysokoprocentowego nadtlenku magnu. Działającymi składnikami są wytwarzający się w żołądku czynny tlen i magn. Przy nieżytach żołądka i jelit, dyspepsyach z fermentacyi, nadmiernej kwasocie żołądka, zaparciach etc. 3 razy dziennie 1—2 kołaczyków po jedzeniu.

Kołaczyki yoghurtowe Nr. II łagodne Prof. Junghahn'a
Fiolka z 33 porcyami K 3·50.
Czysta kultura prątka Maya w postaci zagęszczonej, zdolnej do życia. Zastępuje mleko yoghurt. 3 razy dziennie 1—2 kołaczyków po jedzeniu.

Kołaczyki yoghurtowe Nr. I przeczyszczające
Prof. Junghahn'a 227
Fiolka z 33 porcyami K 2·50.
Każdy kołaczyk zawiera oprócz bakteryi yoghurtu 0·12 phenolph. Wskazane, jeżeli jelito ma być szybko i pewnie opróżnione. Tylko przy zaparciu, zresztą wystarczają kołaczyki magnowe i yoghurtowe II łagodne. Wieczorem 1—2 kołaczyków.

Leczenie **tlenowo-yoghurtowe** składa się z kombinacyi »tlenu« (kołaczyki magnowe) z »yoghurtem« (bacillus bulgaricus). Do »leczenia wstępnego« podaje się same kołaczyki magnowe, aby oczyścić jelito z największych szkodliwości i odkazić; 6. lub 7. dnia zaczyna się potem kołaczykami yoghurtowymi Nr II łagodnymi (zażywać 1/2—1 godziny po jedzeniu), tak iż teraz używa się obu przetworów równocześnie. Kołaczyki yoghurtowe Nr. I przeczyszczające wchodzą w grę tylko przy występującem zaparciu.

Patrz następny Nr tego pisma o przetworze »glykobakter«, ważne dla skutecznego leczenia yoghurtem.

Piśmiennictwo i próbki bezpłatnie.
„Yoghurt jest rzeczą zaufania“.

Należy zapisywać wyraźnie:
Przetwory oryg. Prof. Junghahn'a.

SAUERSTOFF-WERK IN BAD SAUEBRUNN BEI WIENER-NEUSTADT.

Rok LIII. Kraków, dnia 4 lipca 1914 Nr 27.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

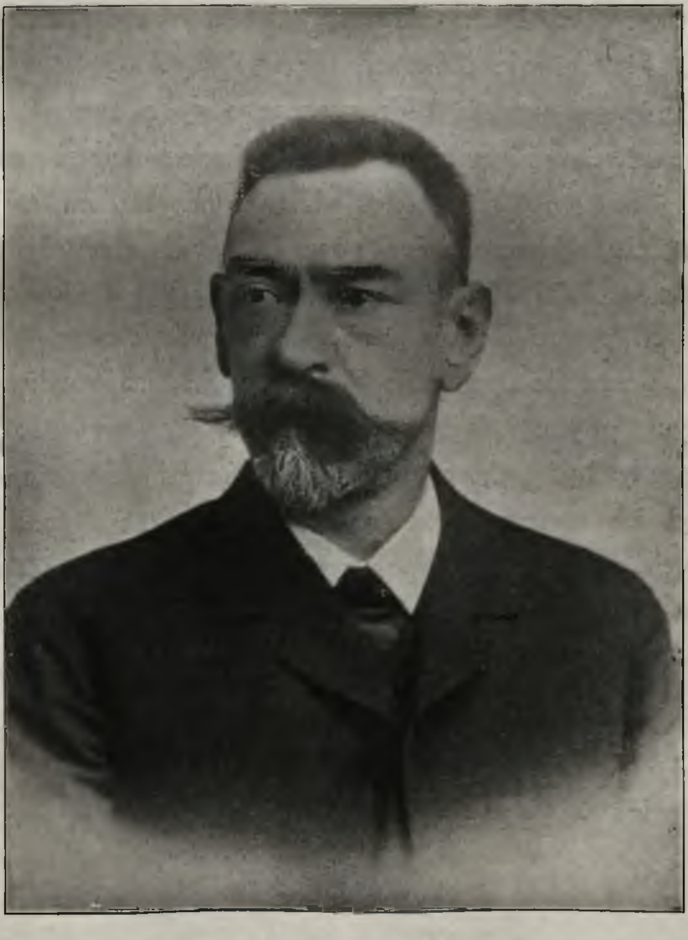
CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

PROFESOROWI PRZEMYSŁAWOWI PIENIĄŻKOWI

NA CZTERDZIESTOLECIE PRACY ZAWODOWEJ I NAUKOWEJ A TRZYDZIESTOPIĘCIOLECIE PRACY NAUCZYCIELSKIEJ.



PROF. DR PRZEMYSŁAW PIENIĄŻEK.

Czcigodny Panie Profesorze!

Choć od głośnego wyrazu hołdu i wdzięczności dla siebie usuwają się ludzie niepospolici, to jednak ufamy, że nie wzbronisz przecie uczynić zadość szczerej potrzebie serc Twych kolegów, współpracowników, uczniów i wychowańców, aby Ci w czterdziestą rocznicę Twej pracy złożyli skromny upominek, związany z umiłowanym Twym przedmiotem.

Krzewiłeś wśród nas Twą piękną naukę, jak pierwszy oracz ugoru, a uczyłeś patrzeć na ludzkie cierpienie nietylko okiem badacza i nieść w niem ulgę nietylko sztuką lekarza, ale i litościwą ręką współczującego cierpieniu człowieka. Uczyłeś nietylko subtelnego badania i kunsztownego wykonawstwa, ale i tego, że celem ma być zdobycie prawdy i w niem nagroda, że zadaniem lekarza ma być ludzkość, nie szukająca wdzięczności ani rozgłosu; uczyłeś własnym przykładem, że niema ani tak złych warunków pracy, ani tak skromnych środków, ani takich trudności i przeszkód, w którychby wola i umiejętność działania, talent i wiedza, zapał i umiłowanie sprawy nie zdołały najpiękniejszych zdobywać plonów. Kroczyłeś prostą i cichą drogą obowiązku, nie słowem, lecz czynem ucząc, że spełnienie obowiązku jest najszlachetniejszą treścią życia.

W dniu dzisiejszym, gdy oglądniesz się na swój pracowity, nauce i ludzkości poświęcony żywot, prosimy, byś zachował w pamięci swych dawnych i teraźniejszych uczniów, szczęśliwych, żeś był ich nauczycielem, swych kolegów, chlubiących się, że Ciebie mieli w swem gronie i wielu, wielu lekarzy polskich, dumnych, że dzięki Tobie w całym świecie zasłynęło imię polskie.

Przemysław Wiktor Odrowąż Pieniążek urodził się 2. października 1850 w Warszawie, nauki gimnazyalne odbywał i ukończył w gimnazyum św. Anny w Krakowie w r. 1869, również w Krakowie studyował medycynę. Osiągnąwszy dyplom doktora wszech nauk lekarskich w r. 1874, następne cztery lata spędził w Wiedniu, pracując zrazu w szpitalu powszechnym na oddziałach prof. Löbla i Dr Scholza, przyczem równocześnie kształcił się w laryngologii i rynologii pod kierunkiem prof. Schröttera i prof. Störka (1875), następnie studyując dalej ten przedmiot już jako aspirant na klinice prof. Schröttera. W r. 1876 został elewem kliniki prof. Ducheka, nie przerywając studyów laryngologicznych pod kierunkiem prof. Schröttera i prof. Schnitzlera. W r. 1877 objął stanowisko asystenta w klinice prof. Störka, w końcu pracował jeszcze w klinice prof. Bambergera. Habilitowawszy się w Krakowie na zasadzie rozprawy o mechanizmie zamknięcia głośni w stanach prawidłowych i patologicznych, mianowany został docentem laryngologii w r. 1879. Od tego czasu rozpoczął niezmiernie doniosłą działalność dydaktyczną, naukową, praktyczną i piśmienniczą, która uczyniła jego nazwisko jednem z najgłośniejszych we współczesnej laryngologii wszechświatowej. W r. 1888 mianowany został profesorem nadzwyczajnym (bezpłatnym), w r. 1902 otrzymał tytuł i charakter profesora zwyczajnego. Profesor Pieniążek był dwukrotnie prezesem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, którego też jest członkiem honorowym; członkiem honorowym mianowało Go również Towarzystwo laryngologiczne w Berlinie i Towarzystwo lekarskie w Łodzi. W r. 1894 uzyskał u Sejmu po usilnych staraniach utworzenie oddziału laryngologicznego w szpitalu św. Łazarza, którego został mianowany prymaryuszem; Jego też wytrwałym staraniom zawdzięcza Wszechnica krakowska utworzenie kliniki laryngologicznej. Pierwsze lata działalności Profesora Pieniążka były nadzwyczaj trudne; laryngologia była tylko gościem na oddziałach szpitalnych, przeznaczonych dla innych chorych, wykłady i ćwiczenia odbywały się w salce kliniki chorób skórnych. Ale i po wywalczeniu osobnego oddziału miała laryngologia łącznie z otyatryą do rozporządzenia zaledwo 10 łóżek etatowych, pomieszczonych w naziemnym parterze pawilonu chirurgicznego, niemal w suterenie, w pokojach szczupłych, zawsze przepełnionych, z których jeden musiał służyć zarazem i za kancelaryę, i za ambulatoryum, i za salkę operacyjną... Oddział byłby wyposażony w urządzenia mniej, niż skromne, gdyby nie jego Kierownik, który własnym kosztem zaopatrywał go w narzędzia i zaspokajał wiele potrzeb. Pomimo tych fatalnych wprost warunków zewnętrznych ma ten oddział swoją świetną historyę, na której kartach zapisały się pierwszorzędne zdobycze w zakresie laryngologii, zgromadzenie niezmiernie cennego materyału, arcydzieła zabiegów endolaryngealnych. Dopiero przed kilku laty uzyskał prof. Pieniążek nieco lepsze pomieszczenie swego oddziału w starym, a tylko odnowionym budynku, w którym niegdyś był oddział zakaźny, aż nareszcie wieloletnie wytrwałe starania zaledwo teraz uwieńczone być mają skutkiem w postaci osobnego, współcześnie urządzonego gmachu klinicznego.

Z owych-to jednak skromnych oddziałów wyszły prace ich Kierownika i Jego uczniów, które nazwisko Profesora Pieniążka uczyniły znanem w całym świecie, może najbardziej znanem zagranicą ze wszystkich nazwisk lekarzy polskich, — prace, które wywalczyły polskiej laryngologii pierwszorzędne stanowisko.

Stosowanie ciepła względnie zimna
jako środka leczniczego w schorzeniach górnych dróg oddechowych i ucha.

Napisał

Aleksander Baurowicz.

Stosowanie ciepła, względnie gorąca czy zimna, rozumie się przedewszystkiem jako działanie zewnętrzne w postaci przykładek, a dodatkowo w postaci wdychiwań pary wodnej, zawierającej nadto różne środki lecznicze, płukań i przepłukiwań ciepłych, zapuszczań do ucha kropli ogrzanych, wyjątkowo nie ogrzanych, wreszcie chłodu czy zimna jako rozpylania płynu ciepłoty pokojowej, a nawet niższej, oraz przełykania płynów o nizkiej ciepłocie lub kawałeczków lodu. Ogólnie powiedzieć można, iż o wiele częściej jest wskazane stosowanie ciepła, względnie gorąca. Niemniej i działanie zimna nieraz oddaje nam nieocenione usługi lecznicze, ale zalecone nieodpowiednio (podobnie, choć rzadziej, odnosi się to i do gorąca), przynosi szkodę. Każde leczenie wymaga zresztą krytycznego ocenienia danego przypadku, względnie odnośnego czasu w przebiegu danej sprawy chorobowej.

W celu wywołania działania rozgrzewającego posługujemy się okładem wilgotnym pod ceratką, najlepiej z grubej warstwy waty, umoczonej w rozczynie octanu glinowego o ciepłocie pokojowej. Okład należy dokładnie wycisnąć, tak, by już żadna kropla wygnieść się nie dała, później przyłożyć plastycznie na okolicę, gdzie chcemy działać rozgrzewająco; następnie okład ten przykrywamy pojedynczym kawałkiem batystu Billrotha, tak dużym, by przechodził brzegi okładu i ustalamy go chustką odpowiednio złożoną, względnie opaską kalikotową. Uszczelnienie okładu powinno być dokładne, by parowanie odbywać się mogło bez oziębienia się okładu; gdy skończy się parowanie, okład wprawdzie jeszcze jest ciepły, ale działa już za słabo rozgrzewająco, tak iż trzeba go zmienić. Podobnie przykłada się okład rozgrzewający, używając waty nakropionej spirytusem. Aby ochronić skórę, praktycznie jest szczególnie w tym, ale i w poprzednim razie, posmarować skórę tłuszczem. Ciepło, sprowadzone tego rodzaju okładami, jest łagodne, wystarczające jednak w zwykłych sprawach zapalnych, względnie w początkowym okresie.

Tam, gdzie chodzi o energiczne działanie przeciwzapalne, jak w początku zapalenia, zmieniamy okład często. Przeciwzapalnie działa też okład tak zwany wysychający, który robimy podobnie, ale bez nakrycia batystem, tylko na wygnieciony okład wilgotny kładziemy warstwę waty suchej i dopiero okrywamy chustką lub opaską, albo, jak to bywa najczęściej przy nieżytowem ostrem zajęciu krtani, względnie tchawicy, używamy ręcznika, którego jeden koniec nawilgacamy wodą o zwykłej ciepłocie, nieraz z dodatkiem soli i znowu dokładnie wodę wygniatamy; długość zmoczonej części ręcznika powinna odpowiadać szerokości przedniej, względnie bocznych części szyi, a pozostałą suchą częścią ręcznika owijamy kilkakrotnie szyję, starając się wilgotną warstwę uszczelnić.

By wywołać znaczny wpływ ciepła, stosujemy okład gorący, tak zwany kataplazm. Sporządza się go najpraktyczniej z makuchu ze siemienia lnianego, zarabiając je po dokładnem rozdrobnieniu wrzącą wodą w ilości potrzebnej do zarobienia na gęste ciasto, które wkładamy do kawałka płótna, nadając mu wielkość, zależną od okolicy, na którą okład ma być przyłożony. Ponieważ okład taki zrazu bywa za gorący, nieraz trzeba z początku podłożyć warstwę suchej waty, a wogóle starać się, by kataplazm nie był za wilgotny, bo wtedy prędzej się oziębia, a także łatwiej maceruje skórę. I przy gorących okładach, robionych na wilgotno, praktycznie jest dla ochronienia skóry posmarować ją tłuszczem. Przy suchych gorących okładach należy skórę wpierw posypać pudrem. Okład gorący na sucho robi się z kwiatu rumianka wsypanego do woreczka; podobnie używają suchego gorącego piasku. Do kataplazmu, zrobionego na wilgotno, używać można także otręb, zawsze zresztą pamiętając, by okład nie był za wilgotny. Bez porównania praktyczniejszą jest przykładka termoforowa, której różne wielkości ułatwiają bardzo zastosowanie, która trzyma znacznie dłużej ciepło, a nigdy nawet z samego początku nie bywa tak gorąca, jak kataplazm zwykły, choć i tu nieraz podkładamy warstwę waty. Bardzo ważnem jest i przy okładzie gorącym, by okład dokładnie przylegał na właściwem miejscu, i dlatego przykładając go n. p. na okolicę za kątem szczęki dolnej, trzeba okład ułożyć ukośnie ku górze poza małżowinę uszną, przymocowując go na szczycie głowy.

Okład zimny stosujemy w postaci przykładek z waty lub warstw płótna, moczonych w zimnej wodzie, względnie w zimnym rozczynie octanu glinowego lub trzymanych na lodzie, dalej w postaci woreczka napełnionego kawałeczkami lodu. Za ucho praktycznie sporządza się okład zimny z kawałka suchego grubego jelita, który na jednym końcu dokładnie zawiązujemy tasiemką, napełniamy drobnymi kawałeczkami lodu, na drugim końcu znowu zakładamy tasiemkę, pamiętając o górnym końcu, jako słabiej uszczelnionym, by z końca tego nie wyciekała woda. Brzegi małżowiny usznej osłaniamy paskami z waty, by niepotrzebnie małżowiny nie oziębiać, coby nawet sprawiało choremu przykrość.

W celu działania zimnem, względnie ciepłem, stosowane bywają także przyrządy z przepływem wody, a dalej w celu działania ciepłem przyrządy ze światłem elektrycznem.

Obok tego działania ciepłem, gorącem, względnie zimnem od zewnątrz w ścisłem tego słowa znaczeniu, stosujemy także ciepło w postaci wdychiwań z pary wodnej, płukań gardła ciepłych, zakraplań ogrzanych kropli do ucha; działanie chłodem (względnie cieczą o ciepłocie otoczenia) stosujemy wyjątkowo jako krople do ucha, a dalej w postaci rozpylania leku rozpuszczonego we wodzie lub w parafinie. Gdy wskazane jest działanie silniejszem zimnem, używamy kawałków lodu lub płynów oziębionych do przełykania; niekiedy przełykania płynów zimnych używamy nie jako środka leczniczego, ale jako środka chwilowo działającego łagodząco.

Szczególną wartość ma działanie zimna w przypadkach krwawienia samoistnego, względnie po zabiegach operacyjnych, wykonanych na pewnych miejscach, wreszcie po urazie.

Najczęstszemi sprawami chorobowemi, wymagającemi działania leczniczego w postaci okładów, są sprawy zapalne gardła, poczynając od zwyczajnych nieżytów, to znaczy zaczerwienienia i lekkiego obrzmienia łuków podniebiennych, języczka, oraz śluzówki gardła na ścianie tylnej, najczęściej ograniczone do kępek gruczołowych lub jeszcze częściej do wstęg gruczołowych na ścianie bocznej. Dalej sprawy zapalne w samym migdałku z mniejszym lub większym udziałem sąsiedztwa, najczęściej jako zapalenia pryszczykowe migdałka podniebiennego, którym tak często towarzyszy rozszerzanie się sprawy zapalnej na gruczoł czy gruczoły chłonne na szyi. We wszystkich tych stanach najlepiej działać od zewnątrz okładem rozgrzewającym, uszczelniając nim dokładnie okolicę szyi poza kątem szczęki. Okład taki należy jednak z początku zmieniać często, mniej więcej co godzinę, by działać energicznie przeciwzapalnie; obok tego zalecamy płukania gardła płynami ciepłymi i wogóle przełykanie przeważnie płynów ogrzanych lub co najmniej ciepłoty pokojowej. W razie ogólnej tkliwości gardła przy przełykaniu, a nawet i wyraźniejszej bolesności, bardzo kojąco działa rozpylanie rozczynu 1% kwasu borowego o ciepłocie pokojowej z dodatkiem 0·10% kokainy. O ile sprawa zapalna jest ograniczona, względnie w pierwszych kilku czy kilkunastu godzinach, zaleca się dokładne zapędzlowanie miejsc zajętych kuleczką z waty, zanurzonej w nalewce jodowej, obok podania aspiryny (unikać popijania wodą alkaliczną); zwłaszcza jeśli towarzyszą sprawie, jak to najczęściej bywa, gorączka i dreszcze, możemy zadziałać poronnie z wielkim efektem.

Ponieważ przy stanach zapalnych w gardle w toku płonicy tak często udziela się zakażenie gruczołom chłonnym na szyi, przeto w takich przypadkach, jak wogóle zawsze, gdy gruczoły chłonne są powiększone i tkliwe lub bolesne, najskuteczniej zadziałamy okładem chłodnym z octanu glinowego, często zmienianym. Gdzie zropienie gruczołu na szyi jest nieuniknione, tam będą wskazane okłady gorące, zanim będziemy mogli gruczoł nakłuć lub naciąć i ropę wyciągnąć. Dzielnym lekiem przeciwgnilnym przy sprawach rozpadowych gardła w płonicy są rozpylania do gardła $^1/_2$ % rozczynu rezorcyny o ciepłocie pokojowej, podobnie przy błonicy, gdzie znów zamiast ulubionego płukania ciepłym rozczynem kwasu borowego, bardzo skutecznie działa płukanie 1% rozczynem kwasu malonowego, mającego też wartość zapobiegawczą w błonicy. Natomiast wszelkie pędzlowania gardła w płonicy są

zbyteczne, a dla chorego przykre. Zbyteczne są one i w błonicy, choć w jej początku — a nierównie częściej zdarzy się to przy pryszczykowem zapaleniu migdałków — nie sprzeciwimy się domowemu środkowi, jak dotykanie miejsc zajętych sokiem cytrynowym, ewentualnie z dodatkiem gliceryny, a zwłaszcza płukanie z dodatkiem soku z cytryny i jego przełykanie, uznając dzielne działanie lecznicze kwasów owocowych wogóle.

Tam gdzie sprawa zapalna z charakterem głębszym, usadowiona, jak zwykle w tych razach, w jednym migdałku podniebiennym, albo, co częściej, w okolicy okołomigdałkowej, każe nam się domyślać początku ropnia, możemy zrazu działać okładem rozgrzewającym i zapędzlować zajęte miejsce nalewką jodową. Jeżeli jednak stwierdzimy już postęp w sprawie zapalnej tak co do objawów miejscowych jak i uczucia bólu, lepiej odrazu zalecić okłady gorące i płukania ciepłe, a unikanie przełykań zimnych, bo tylko przez energiczne działanie gorąca doprowadzamy sprawę najszybciej do końca i chory doznaje pod działaniem gorąca ogromnej ulgi w swem cierpieniu. Bardzo przyjemnem płukaniem jest odwar ciepły z korzeni ślazowych, byle był dostatecznie rzadki; obfite ślinienie zwalczymy płukaniem słabiutkim ciepłym rozczynem siarkanu cynku, łyżeczka n. p. z 1% rozczynu na $^1/_2$ do $^1/_4$ szklanki wody ciepłej.

Takie same sprawy chorobowe toczyć się mogą także w migdałku językowym, względnie w tkance okołomigdałkowej na korzeniu języka; leczenie będzie w takich przypadkach podobne, a więc zastosujemy miejscowo nalewkę jodową, okład rozgrzewający, względnie okład gorący na górną część szyi i okolicę podszczękową. Obok tego skuteczne jest rozpylanie ciepłe, a jeszcze bardziej wdychiwanie z dodatkiem kokainy, by działać głównie kojąco. Unikać należy o ile możności przełykania płynów zimnych, dozwalając co najwyżej na płyny o ciepłocie pokojowej.

Sprawa zapalna w tkance około migdałka podniebiennego, o ile usadawia się w łuku przednim i przedniej powierzchni podniebienia miękkiego, obok cechy klinicznej szczękościsku i zwłaszcza, gdy już zacznie się ropienie nacieku, występującego obrzęku języczka, jest wogóle dla działania gorąca dostępniejsza, niż sprawa ropna w łuku tylnym, bez szczękościsku i przy mniejszem szerzeniu się obrzęku na języczek; ropień tego rodzaju, choć mniejszy, zawsze przewleka się, a towarzyszyć mu może rozszerzenie się obrzęku wzdłuż fałdu, biegnącego w dół na bocznej ścianie gardła, ku fałdowi nagłośniowo-gardłowemu, a stąd na fałd nalewkowo-nagłośniowy i dalej na szczyt chrząstki nalewkowatej. Obrzęk ten towarzyszący przy sprawie zapalnej jednostronnej zwykle niema znaczenia, przy obustronnej może utrudniać oddech; ograniczony do samej powierzchni nagłośni, jak przy sprawach zapalnych w migdałku językowym, na korzeniu języka lub w tkance okołomigdałkowej, również niema znaczenia.

Przy sprawach zapalnych w migdałku gardłowym trudniej zastosować ogrzanie, chyba ogrzewanie głowy z góry, zalecone zapomocą światła elektrycznego w leczeniu ropienia ostrego zatoki klinowej, o czem jeszcze wspomnę; zresztą do jamy nosowogardłowej możemy dostać się drogą nosa, stosując rozpylania, a nawet wziewania, przyczem obok wpływu ciepła wchodzi w rachubę także wpływ leczniczy zastosowanych środków.

Przeciw zapaleniu ślinianki podszczękowej, jak i przyusznej, najskuteczniej działa okład chłodny pod ceratką, często zmieniany, podobnie przy miąższowem zapaleniu języka. Przy zapaleniu miąższowem języka łagodzimy objawy, stosując chłodne płyny, a nawet lód. O ile jednak stwierdzimy już znamiona ropnia w języku, dnie jamy ust, czy wreszcie ropienie w tkance podszczękowej lub we wspomnianych śliniankach, działać będziemy okładami gorącymi, polecając też w przypadkach ropnia w języku, względnie w dnie jamy ust, trzymanie w ustach płynów ciepłych.

Przy sprawach septycznych na szyi wskazane są okłady zimne, a nawet z lodu.

Przy zapaleniu gruczołu tarczowego zastosujemy okład pod ceratką, względnie okład gorący.

Ropnie gardła, powstające wskutek zropienia gruczołu chłonnego, cechują się powolnym przebiegiem. Sadowiąc się zwykle w jednej połowie gardła bliżej bocznej części gardła, albo nawet głównie w ścianie bocznej poza łukiem podniebiennym tylnym, są one dostępne energicznemu działaniu zapomocą okładów gorących. Pamiętać jednak należy, by okład leżał dokładnie poza kątem szczęki, ogrzewając boczną i górną część szyi.

Ropień pozaprzełykowy właściwy, pochodzący z zapalenia okostnej przedkręgowej, przewleka się zawsze bardzo i wymaga trzymania szyi w jednostajnej ciepłocie, ewentualnie w odpowiednim czasie okładu gorącego.

Sprawa rozlanego zapalenia w tkance podśluzowej gardła, zajmującego głównie ścianę tylną i boczną gardła, tak w części gardła środkowej, jak i górnej i dolnej, a nieraz także brzeg podniebienia miękkiego i tylną jego powierzchnię, wymaga okładu chłodnego, często zmienianego, albo okładu wysychającego, albo wreszcie utrzymywania szyi w jednostajnej ale miernej ciepłocie, przez lekkie okrycie szyi watą lub obwiązanie chustką, zwłaszcza jedwabną. Natomiast na samą błonę śluzową gardła w przypadkach takich działać należy łagodząco płynami chłodnymi w postaci płukań lub rozpylań; zbyt zimne wpływają jednak raczej szkodliwie. Tu nieraz wypadnie się kierować uczuciem podmiotowem, stosując ciepłotę płynów zależnie od uznania chorego.

Przy sprawie zgorzelinowej w gardle, względnie w tkance okołomigdałkowej, zastosujemy zewnętrznie na szyję okład chłodny często zmieniany albo też okład wysychający obok płukania i przełykania płynów chłodnych, kierując się i tu w obniżeniu ciepłoty płynów podmiotowem uczuciem chorego; nadto zalecić należy rozpylania chłodne z rezorcyny 1%.

Przechodzę do spraw zapalnych w krtani. Zapalenie ostre nieżytowe śluzówki krtani, względnie także i tchawicy, leczyć będziemy głównie ciepłemi wziewaniami, przełykaniem ciepłych płynów, a zewnętrznie na szyję chętnie stosujemy okład wysychający, który, o ile zrobimy go zaraz z początku zapalenia, działa skuteczniej; zresztą ograniczymy się do trzymania szyi w jednostajnej ciepłocie, okrywając szyję okładem suchym.

Przy ostrem zapaleniu nagłośni, a szczególnie przy ropniu na nagłośni, mianowicie zawsze spotykanym na jej

stronie przedniej czyli językowej, będziemy się starali działać rozgrzewająco, a nawet w postaci kataplazmów na górną środkową część szyi, ale głównie zastosujemy wdychiwania ciepłe i ciepłe płyny, unikając płynów zimnych, a nawet tylko chłodnych.

Przy zapaleniu w błonie podśluzowej fałdu nalewkowonagłośniowego, przechodzącem niekiedy w wytworzenie się ropnia, w którem stale też towarzyszy mniejsze lub większe zajęcie zapalne, względnie obrzmienie okolicy szczytu chrząstki nalewkowatej, lepiej od zewnątrz ograniczyć się do okładu chłodnego często zmienianego, by wstrzymywać szerzenie się obrzęku, a co do stosowania zimna trzeba być bardzo ostrożnym, mianowicie przy stosowaniu od wewnątrz, gdyż zwłaszcza w okresie mającym się ku zropieniu nacieku działa ono drażniąco, zwiększając obrzęk; lepiej trzymać się rozpylań i płynów o ciepłocie pokojowej. O ile sprawa zapalna zajmuje tylko fałd nalewkowonagłośniowy i tkankę podśluzową w okolicy chrząstki nalewkowatej jednej strony, to wprawdzie już znaczniejszy obrzęk tych części może utrudnić oddech, dopiero jednak przy obustronnem zajęciu stać się może groźnym. Nieraz dla przyspieszenia nieuniknionego zropienia wypadnie stosować gorąco i gdy okład gorący był wskazany, spostrzegać można, jak sprawa się ogranicza, a i chorzy podmiotowo uczuwają też wielką ulgę.

W zapaleniu ostrem okolicy podstrunowej zalecać należy wdychiwania pary, by działać głównie odwilżająco, gdyż zasychająca wydzielina zwiększa zwężenie okolicy podgłośniowej. Również ze skutkiem zaleca się nasycanie powietrza w pokoju chorego parą wodną, przez parowanie z rozwieszonego zmoczonego, a niezbyt wyżętego prześcieradła. Do tego jedynie środka musimy się nieraz ograniczyć u dzieci. Przeciwzapalnie stosujemy nadto wziewania $1/2\,\%$ rozczynu siarkanu cynku z dodatkiem $0{\cdot}05\,\%$ morfiny, oczywiście nie u dzieci; narkotyk ewentualnie podamy także wewnętrznie, by uspokoić zbyt szybkie oddychanie. Zewnętrznie na krtań działamy okładem wysychającym.

Podobnie i przy błonicy krtani czy tchawicy, głównie działamy wdychiwaniami ciepłemi z pary, stawiając na pierwszem miejscu $1\,\%$ rozczyn rezorcyny, obok wdychiwań rozpuszczających i odwilżających, jak z wody wapiennej, a na krtań zewnętrznie stosujemy okład wysychający.

Przy zapaleniu ostrem ochrząstnej krtani, cierpieniu na szczęście rzadko spotykanem, czasem jako samoistne, a najczęściej jeszcze w przebiegu duru brzusznego, postępowanie zależy od usadowienia się sprawy; naprzykład przy usadowieniu się jej na zewnętrznej stronie płyty chrząstki tarczowatej moglibyśmy działać ciepłem energiczniej. Zresztą ograniczyć się należy do okładu zimnego często zmienianego lub nieraz do okładu wysychającego i do rozpylań kojących o ciepłocie pokojowej, a co do stosowania zimna od wewnątrz w postaci przełykań kawałków lodu, czy płynów oziębionych, należy być bardzo ostrożnym, by nie wywołać odczynu w postaci obrzęku. Tam, gdzie musiało być dokonane założenie rurki tchawiczej, obawa więc obrzęku niema znaczenia, wskazane będą okłady gorące, by jak najprędzej doprowadzić do zebrania się ropnia i ewentualnie oddzielenia się martwaka; stosowanie zimna wtedy byłoby bezcelowe, a nawet pogarszałoby przebieg.

Pomijając ropnie ostre w okolicy skóry przedsionka nosa, przeciw którym musimy działać okładami gorącymi, działać należy przy zapaleniu okostnej rusztowania nosa okładem zimnym, względnie z lodu.

Różę skóry nosa, przechodzącą nieraz na skórę przedsionka, a nawet w głąb na śluzówkę jamy nosowej, najskuteczniej zwalczymy okładami z octanu glinowego z lodu, często je przykładając; ewentualnie też zalecimy zakładanie do nozdrzy czopków z waty, napojonej octanem glinowym.

Ostre zajęcie zatok bocznych nosa wymaga energicznego stosowania okładów gorących, aż do zupełnego ustania bólów i wydzieliny. Przy zajęciu zatoki szczękowej, czołowej i komórek sitowych daje się gorąco z łatwością stosować w postaci przykładki termoforowej, obok forsownego podawania aspiryny, a nadto połykania w dużej ilości ciepłych płynów. Przeciw zajęciu zatoki klinowej ze skutkiem, podobnie jak w ostrem zapaleniu jamy nadgardłowej, o czem już wspomniałem, działamy gorącem na szczyt głowy, w postaci hełmu, zawierającego lampki elektryczne. Rozumie się, iż przy ostrem zajęciu zatoki szczękowej, o ile przypuszczamy przyczynę w zębie, zaczniemy od usunięcia zęba i działać będziemy okładami gorącymi, aż do zupełnego ustąpienia objawów zajęcia jamy, ewentualnie stosując równocześnie przez otwarty zębodół płukanie jamy ciepłymi rozczynami; do tego celu, nawet w przypadkach przewlekłych, także i przy zajęciu innych jam używamy zawsze płynów ciepłych. Równie w przypadkach przewlekłych, o ile sprawa się nasila, obok utorowania wolnego odpływu ropie ku jamie nosowej, możemy próbować działania gorąca, które nietylko chwilowo może złagodzić objawy, ale nawet zadziałać korzystnie leczniczo, zwłaszcza gdy, jak przy ropieniu zatoki szczękowej, usuniemy ząb chory. Tam jednak, gdzie, jak przy zajęciu zatoki czołowej czy klinowej, zajęta jest kość albo istnieje powikłanie ze strony czaszki, albo gdzie są objawy ze strony oczodołu, jako wyraz powikłania od zatoki czołowej lub sitowej, czy wreszcie klinowej, okłady gorące nietylko nie byłyby na czasie, aleby nawet szkodziły.

Energicznem i wytrwałem działaniem gorąca wyleczyćby można każde ostre zajęcie zapalne jam bocznych nosa, o ileby leczenie rozpoczęto wcześnie i nie zaniedbano go, co jednak niestety tak często się zdarza, iż chorzy zgłaszają się o poradę już z cierpieniem przewlekłem, albo trwającem od tygodni. Jednakże i w takich sprawach dłużej trwających, jak wspomniałem, jeżeli są jeszcze objawy ostrzejsze, jak bóle, możemy próbować energicznego ogrzewania, nieraz ze skutkiem.

W błoniczem zajęciu jamy nosowej kojąco działają okłady chłodne, a dzielnie leczniczo działa $1/2\,\%$ rezorcyna rozpylona lub też zakraplana do nosa.

W ostrym nieżycie nosa należy stosować ciepłe rozpylania czy zakraplania, albo też pary, niezbyt jednak gorące. Nie zaniedbamy też zaraz w pierwszym dniu na noc podać aspirynę, obok obfitej ilości gorącego płynu, by przez działanie napotne przerwać, względnie skrócić czas trwania nieżytu. Przy przewlekłych nieżytach nosa należy płyny stosowane do przepłukiwania nosa, czy też

do rozpylań, przedtem miernie ogrzewać, a jedynie przy rozpylaniu leków, rozpuszczonych w parafinie zapomocą przyrządu Turkera, Vaasta lub Parke-Davis, stosujemy ciepłotę pokojową.

W ostrych stanach zapalnych śluzówki jamy ustnej łagodząco działają płyny chłodne lub o ciepłocie pokojowej; o ile tkliwość zębów na użycie ich nie pozwala, zalecimy płyn lekko ogrzany.

Przypadki przewlekłych nieżytów krtani, tchawicy, a nawet oskrzeli, leczymy wdychiwaniami ciepłemi z pary wodnej z lekiem rozpuszczonym w wodzie, albo wdychiwaniami pary z leku, wytwarzanej na sucho przez ogrzanie w postaci gazu; stosujemy jednak także przy przewlekłych nieżytach leczenie płynem rozpylanym w tężniach, a więc jako wdychiwanie chłodne.

Dla higieny gardła i działania uodporniającego zalecam dwa razy dnia rano i na noc płukania ciepłe słabiutkimi rozczynami soli kuchennej (koniec łyżeczki, z dodatkiem gliceryny, pełna łyżeczka od kawy na szklankę); tym samym rozczynem płucze się także usta.

Przy ostrem ograniczonem zapaleniu w przewodzie zewnętrznym ucha stosować będziemy, ochraniając małżowinę, okład gorący, by jak najrychlej wywołać zropienie. Przy zapaleniu rozlanem zakładamy wałeczki, zwilżone octanem glinowym, a zewnętrznie stosujemy okład rozgrzewający, również z octanu. By choremu ułatwić zakładanie wałeczka do ucha, polecam nawijać płatek waty jednostajnie na jedno ramię szpilki podwójnej, zrównać go potem przed końcem szpilki, zmoczyć w octanie, wygnieść, a potem wraz ze szpilką wsuwać do przewodu, jak głęboko się udaje, w końcu przytrzymać ręką przeciwną watę i wyciągnąć z niej szpilkę. Tak ten okład z przewodu usznego, jak i leżący na małżowinie, z początku zmieniamy częściej, co $1^1/_2$ do 2 godzin, a w miarę poprawy zostawiamy go dłużej, ewentualnie przez noc.

W ostrem zapaleniu trąbki usznej, mianowicie jej części kostnej, zwykle bolesnem, przynosimy ulgę, a zarazem działamy leczniczo okładem wysychającym, obok aspiryny wewnętrznie.

Przy zapaleniu błony bębenkowej zalecimy na ucho okład rozgrzewający z octanu glinowego, nie przytykając ucha zewnętrznego watą. Gdy rozpoznajemy zapalenie ucha środkowego, to o ile nie zachodzi już wskazanie do nacięcia błony bębenkowej, które ma nieocenioną wartość, zaczynamy od okładu często zmienianego obok wlewania do ucha, w pierwszych 24—48 godzinach co godzina nieogrzanych kropli, mianowicie 10% wyciągu makowca na bezwodnej glicerynie. Zresztą we wszystkich innych przypadkach należy krople wpuszczane do ucha zawsze ogrzewać, najpraktyczniej wraz z flaszeczką, przez wstawienie do gorącej wody. Naciągnąwszy potem krople do zakraplacza, przez wypuszczenie jednej kropli na grzbiet ręki przekonać się należy o ciepłocie kropli, pamiętając, że nie wolno do ucha, gdy już w błonie bębenkowej jest otwór i krople dostają się do jamy bębenkowej, zapuszczać kropli chłodnych, bo nietylko choremu sprawiamy ból, ale nawet wprost szkodzimy. Ile kropli podejdzie do zakraplacza, tyle wlewamy i następnie przewód uszny przytykamy czopkiem z waty, o ile nie należy kropli wylać z powrotem, jak przy perhydrolu, gdy jego działanie utleniające ustanie. Również płynów do płukania ucha używamy zawsze ogrzanych. Ulubionym środkiem ludowym przeciw bólowi w uchu jest ogrzana oliwa. Unikać należy z początku kropli wodnych lub drażniących skórę, by nie zmacerować skóry przewodu, względnie warstwy naskórka, pokrywającego błonę bębenkową, przez co obraz błony zmienia się, a zmacerowany naskórek, zwłaszcza u dzieci, u których potem oczyszczenie przewodu spotkać się może z oporem, utrudnia obejrzenie głębi. Praktycznie jest zalecić już w samym początku, gdy nie ma jeszcze tkliwości w okolicy jamy lub wyrostka sutkowego, a gdy raczej nieraz jest tkliwość przed skrawkiem (tragus), okład tak, by i za małżowiną dokładnie przylegał, albo za małżowiną położyć okład dodatkowy i oba razem dopiero uszczelnić batystem. Przy bolesności przed skrawkiem w samym początku zapalenia skuteczne bywa przystawienie w tem miejscu pijawki. W stanach zapalnych właściwych nieżytowych, a nieraz i w samym początku zapalenia przebijającego błonę bębenkową, skuteczniej zadziałamy okładem częściej zmienianym. W drugiej postaci tego zapalenia, gdy się już sprawa nasili, lepiej działa okład, gdy się już dobrze rozgrzeje, albo możemy go robić z octanu glinowego ogrzanego, względnie przejść lub nawet zacząć odrazu od okładu gorącego; nieraz okład gorący należy jeszcze przykładać, chociaż już zrobiliśmy nacięcie błony bębenkowej, względnie także przy samorodnem przedziurawieniu, gdy wydzielina jest skąpa, choćby była surowiczo-śluzowa.

Przy nagromadzeniu się wysięku, w stanie ostrym, należy długo stosować energicznie ciepło, by przyspieszyć wessanie się wysięku.

Przy ostrem zapaleniu jamy nadbębenkowej, połączonem zazwyczaj z uczuciem silnego bólu, większego niż przy zajęciu samej jamy bębenkowej, a gdzie i nakłucie tak zwanej »membrana flaccida«, o ile zachodzi wskazanie, niezawsze bywa skuteczne, należy z początku również działać wspomnianemi kroplami i okładem pod ceratką, często zmienianym, przy postępie zapalenia zastosować okład gorący. Gdy jednak wystąpi bolesność kości w okolicy uchyłka nadbębenkowego (atticus), będziemy stosować lód na jego okolicę, względnie za uchem. Wogóle ilekroć istnieje bolesność w kości czy w okolicy uchyłka nadbębenkowego, czy jamy (antrum), czy wyrostka sutkowego, stwierdzona przez ugniatanie palcem wymienionych części, powinniśmy zaraz zwalczać objawy zapalne działaniem przykładek lodowych, a dzielnie wspomaga, względnie uzupełnia leczenie wcieranie maści kollargolowej (tak zwanej maści Credego). Nim jeszcze dojdzie do zajęcia okostnej, względnie do nacieku w skórze, zdołamy często energicznem działaniem lodem wstrzymać rozwój sprawy zapalnej. Ale i przy zajęciu już okostnej i nacieku w skórze lód odda nam nieraz cenne usługi. Zauważyć się daje, iż tam, gdzie już wytwarza się ropienie, chorzy znoszą lód źle, a wtedy przejdziemy do okładu rozgrzewającego jako działającego łagodząco, o ile już nie zaszła potrzeba otwarcia chorych części.

Gdy objawy zapalenia okostnej występują na plan pierwszy, wtedy zwykle działaniem zimna już nie zdołamy wstrzymać postępu sprawy chorobowej, choć okłady zimne działają łagodząco.

Gdy zapalenie stwierdzimy w gruczole chłon[illegible]ym,

znajdującym się pod skórą w okolicy wyrostka sutkowego, to stosujemy zrazu okłady chłodne z octanu glinowego pod ceratką, często zmieniane, a nawet lód, poczem często ustąpi zapalenie gruczołu. Gdy jednak bolesność się utrzymuje i zropienie gruczołu jest nieuniknione, wówczas przyspieszymy je działaniem gorąca, choć w każdym razie lepiej ze stosowaniem gorąca się nie spieszyć i nie zmylić się uczuciem rzekomego chełbotania; rozstrzygać tu raczej będą ból i naciek dokoła gruczołu.

Przy ropieniu przeciągającem się, względnie ropieniu przewlekłem wszelka bolesność w okolicy za uchem, o ile nie spodziewamy się korzystnego wpływu z nieocenionej w działaniu maści Credego, wymaga stosowania lodu albo przynajmniej okładu chłodnego z octanu glinowego, często zmienianego, co jednak nie przeszkadza wcieraniu maści kollargolowej.

Nigdzie tak, jak w otyatryi, leczenie zachowawcze, umiejętnie użyte, nie święci wielkich tryumfów, największych w przypadkach ostrych, ale niemałych i w przypadkach przewlekłych zaostrzających się, czyniąc nieraz zbytecznym zabieg chirurgiczny, gdy już wydawał się wskazanym. Zresztą czasami, zanim otworzymy kość, zalecimy tutaj lód jako środek łagodzący objawy, wstrzymujący zarazem bodaj chwilowo szerzenie się gwałtowne objawów zapalnych.

Przy zapaleniu ochrząstnej małżowiny usznej stosować należy okłady chłodne, najlepiej z octanu glinowego, trzymanego na lodzie, a gdy już ropień jest nieunikniony, zostawiamy na razie okład z octanu glinowego, zanim możemy ropień otworzyć.

Różę okolicy przewodu zewnętrznego, względnie małżowiny, najszybciej zwalczymy, jak już gdzieindziej wspomniałem, okładami z lodu z octanu glinowego, zakładając także czopki z waty, zmoczonej w zimnym octanie, do początku przewodu zewnętrznego.

Przeciw świeżym objawom urazowym ze strony błędnika zastosujemy lód za ucho. Przy urazowem uszkodzeniu rusztowania nosa, podobnie jak i przy urazie krtani, również będziemy działać okładem lodowym, by zwalczać odczyn zapalny i nie dopuścić do zropienia krwiaka; przy złamaniu rusztowania nosa nie zaniedbamy ustalenia odłamków; przy złamaniu krtani nieraz nie unikniemy założenia rurki tchawiczej, a stosując lód obok podania narkotyku, zadziałamy też skutecznie przeciw szerzeniu się występującej niekiedy odmy powietrznej.

Z Zakładu anatomii patologicznej Uniwersytetu Jagiell.
(Dyrektor prof. Dr Browicz)

Mnogi pierwotny rak tchawicy

napisał

Stanisław Ciechanowski.

Nowotwory tchawicy są wogóle niezbyt częste. W statystyce M. Schmidta wśród 42635 przypadków chorób górnych dróg oddechowych znajduje się 2088 nowotworów, z tych 748 w krtani, a tylko 3 w tchawicy. Raki tchawicy najczęściej jeszcze spotyka się jako nowotwory wtórne, i to przechodzące na tchawicę bezpośrednio z sąsiedztwa (przełyku, krtani oskrzeli, płuc, gruczołów), w przeciwieństwie do istotnie przerzutowych, bardzo rzadkich, których trzy przypadki opisał Pieniążek, a jeden przypadek Eppinger. Pierwotne raki tchawicy są rzadkie, bo chociaż co do częstości idą w zestawieniu Brunsa zaraz na drugiem miejscu po brodawczakach tchawicy, jednakże Bruns doliczył się takich spostrzeżeń zaledwo 31. Nager w r. 1907 zwiększył ich liczbę dopiero na 38. Schmiegelow w r. 1909, sprostowawszy statystykę Brunsa, (w której kilka przypadków zaliczono dwukrotnie), z 31 spostrzeżeń na 28, zebrał z piśmiennictwa jeszcze 11 przypadków i opisał jeden własny, szacując ogół spostrzeżeń pewnych tylko na 40. Z kombinacyi statystyk Brunsa, Nagera i Schmiegelowa po odliczeniu przypadków powtórzonych i podawanych w wątpliwość (n. p. spostrzeżenie Vitraca, które Schmiegelow uznaje, a Nager' odrzuca) wypadłaby liczba 41. Ale jeszcze i z tych spostrzeżeń niektóre nie wytrzymują krytyki z powodu braku badania mikroskopowego (n. p. spostrzeżenia Louisa, Isamberta) lub mylnego zaliczenia do raków (przypadek Koschiera, śródbłoniak, mimo to przez Schmiegelowa liczony do raków), lub budzą pewne wątpliwości z powodu siedziby raka w klinie podziałowym przy równoczesnem znacznem zajęciu jednego z głównych oskrzeli (jak n. p. przypadki Delafielda, Heinzmanna— w zestawieniu Schmiegelowa, a Schröttera jun. w zestawieniu Nagera), gdyż raki oskrzeli są znacznie częstsze i wobec tego prawdopodobniejsze wydaje się w takich przypadkach przejście raka z oskrzela na tchawicę, niż naodwrót. Takich niepewnych przypadków aż po rok 1909 znalazłem w piśmiennictwie sześć, a za niewątpliwe mógłbym, sądząc z opisów, uznać po ten rok tylko 35 spostrzeżeń. I w późniejszem piśmiennictwie wśród spostrzeżeń, uchodzących za »pierwotne raki tchawicy«, niejednego nie można tu zaliczyć, czyto z powodu braku badania drobnowidowego (Lejeune), czyto z powodu obrazu makroskopowego, przemawiającego za tem, że punktem wyjścia raka była bądźto krtań (przypadek Woodsa), bądź oskrzele (spostrzeżenie Manna, być może i I przypadek z dwóch spostrzeżeń Kahlera), czy nawet wreszcie z powodu wątpliwości, czy nowotwór, opisywany jako pierwotny rak tchawicy, w rzeczywistości nie wychodził z przełyku (przypadek Schin-izi Ziba, mający być kombinacyą dwóch raków pierwotnych: tchawicy i przełyku, rozwijających się w tejsamej wysokości i z sobą się zrastających). Z odszukanych w piśmiennictwie po roku 1909 zaliczyłbym do pewniejszych tylko (w porządku chronologicznym) spostrzeżenia: Birchera (1909, jedyny w swoim rodzaju przypadek: rak rozwijący się w wolu śródtchawicznem), Kahlera (1908, przypadek II). Berensa (1909), Manassego (1910), Arnoldsona (1911), Kaunitza (1912, 3 przypadki), Tetens-Halda (1913, przytoczony przez Killiana), Guiseza (1913), Broeckaerta (1913, jedyny przypadek, spostrzegany przez tego autora w ciągu 20 lat). — a wreszcie Litwinowicza (1909), jedyny, jaki znalazłem w naszem piśmiennictwie z ostatnich lat kilkunastu. Razem więc z 35 przypadkami z przed roku 1909 możnaby przyjąć conajwyżej 47 znanych dotąd spostrzeżeń pierwotnego raka tchawicy, i to jeszcze z tem zastrzeżeniem, że zestawienie to opiera się na kazuistyce spostrzeżeń klinicznych, z których nie wszystkie przeszły

przez ostatecznie dopiero rozstrzygającą kontrolę sekcyi anatomo-patologicznej.

O rzadkości pierwotnych raków tchawicy świadczą także statystyki zakładów anatomo-patologicznych. W bazylejskim n. p. zakładzie w ciągu lat 35 na 1078 przypadków raka spostrzegano pierwotnego raka oskrzeli i płuc 19 razy, pierwotnego raka krtani 9 razy, a pierwotny rak tchawicy nie zdarzył się ani razu. Wśród 18989 sekcyi szpitalnych, wykonanych w krakowskim Zakładzie anatomii patologicznej przez ostatnich lat 19 (1895—1913), gdy w nim pracuję, przypadało na ogólną liczbę 1339 przypadków raka — 12 spostrzeżeń pierwotnego raka oskrzeli, 8 spostrzeżeń pierwotnego raka płuca, 7 — pierwotnego raka krtani, a jedno tylko — pierwotnego raka tchawicy.

Dotyczy ono 60-letniej kobiety, J. K., zmarłej na oddziale I B. chorób wewnętrznych szpitala św. Łazarza, u której za życia nie było żadnych objawów, zwracających uwagę na górne drogi oddechowe, jak o tem świadczy też rozpoznanie kliniczne, które opiewało: Influenza. Pneumonia asthenica bilateralis. Adhaesiones pleuriticae bilaterales. Bronchiectases. Enteritis acuta. Marasmus senilis cum cachexia. Hydraemia. Wynik sekcyi (Nr 5, 1905) był w streszczeniu następujący:

Rozpoznanie anatomiczne: Pleuropneumonia crouposa in stadio hepatisationis rubrae et griseae lobi superioris pulmonis dextri. Gangraena ejusdem lobi. Emphysema pulmonum. Synechiae pleurales ambilaterales. Hypertrophia ventriculi cordis dextri. Thromboses ventriculi cordis dextri. Emboliae multiplices ramorum III ordinis arteriae pulmonalis. Atheroma arteriarum baseos cerebri, coronariarum cordis et aortae. Nephritis chronica levioris gradus. Atrophia senilis cerebri et lienis. Atrophia fusca myocardii. Marasmus. Anaemia. Carcinoma multiplex tracheae. Tracheobronchitis catarrhalis acuta.

Budowa i odżywienie liche. Skóra blada. Podściółka tłuszczowa podskórna znacznie zanikła. Mięśnie blade, słabo rozwinięte. Kościec bez zmian. Szpik kości długich częścią tłuszczowy, częścią galaretowaty, przeświecający.

Czaszka symetryczna. Opona twarda gładka, lśniąca. Zatoki żylne wypełnione ciemno-czerwonymi wiotkimi skrzepami pośmiertnymi. Opony miękkie gładkie, lśniące. Tętnice na podstawie mózgu mają ściany zgrubiałe, na przekroju zieją. Mózg symetrycznie wykształcony; zakręty mózgowe nieco zwężone, rowki szersze; kora wydaje się nieco węższa, odgraniczenie istoty szarej od białej wyraźne. Komórki mózgowe lekko rozszerzone, wyściółka komór gładka; w splotach żylnych (plexus chorioidei) zwyrodnienie torbielkowate; ilość cieczy w komórkach nieco większa. Móżdżek i rdzeń bez zmian. Śródpiersie bez zmian. Obie jamy opłucne, a szczególnie prawa, wypełnione ścisłymi zrostami w częściach bocznych. Opłucna płuca prawego w miejscach niepokrytych zrostami przyćmiona, pokryta łatwo ściągnąć się dającą warstewką włóknika. Płuco prawe powiększone i cięższe. Miąższ płatu górnego bezpowietrzny w całości, miąższ zaś płatu środkowego i dolnego powietrzny z wyjątkiem kilku drobnych ognisk. Powierzchnia przekroju płatu górnego ziarnista, o partyach częścią szaro-różowo, częścią szaro zabarwionych. Miąższ tego płatu bardzo kruchy. W górnej części tego płatu poniżej szczytu ognisko wielkości srebrnego guldena o powierzchni przekroju brudnozielono zabarwionej, ziarniste, miąższ w tem miejscu bardzo kruchy. Nieco niżej i ku przodowi w bliżkości przedniego brzegu jama wielkości orzecha włoskiego, o ścianach nierównych, strzępiastych, o treści brudnozielonej, dość płynnej. Oba ogniska cuchną. Drobne ogniska bezpowietrzne w płacie środkowym i dolnym prawego płuca mają przekrój ziarnisty, barwę szaraworóżową; za uciskiem dobywa się z nich ciecz szarawa, mętna, bezpowietrzna. W płucu lewem miąższ suchy, blady, wszędzie powietrzny. Brzegi tego płuca poduszkowato zaokrąglone. Naczynia płucne o ścianach prawidłowych. W kilku drobniejszych trzeciorzędnych gałązkach tętnicy płucnej skrzepy zbitsze, białawe, zatykające światło całkowicie, ze ścianami ściślej nie spojone.



Błona śluzowa gardła bladoróżowa, gładka; gruczoł tarczowy nie okazuje zmian. Błona śluzowa krtani i górnej części tchawicy aż do wysokości 8. chrząstki tchawicznej zupełnie gładka, lśniąca, barwy różowej. Od wysokości 8. chrząstki tchawicznej, (odległej o 5 cm od więzadeł prawdziwych), aż do podziału tchawicy błona śluzowa zasiana głównie na ścianie przedniej, na bocznej prawej i na tylnej mnogimi guzkami różnej wielkości, od rozmiarów główki szpilki do rozmiarów sporego grochu (7 mm średnicy), okrągławymi. Gołem okiem można naliczyć tych guzków przeszło 40; gdzieniegdzie siedzi po kilka guzków blizko siebie, niektóre jakby się ze sobą zlewały. Niektóre, zwłaszcza większe guzki, osadzone są na podstawie węższej od swej średnicy, przybierając przez to kształt grzybiasty. Powierzchnia guzków często brodawkowata, przypomina niekiedy kalafior. Guzki są

barwy białawej, bledsze od błony śluzowej, dość twarde, na przekroju wyglądają jednostajnie, mają barwę białawo-różową. Gołem okiem nie dostrzega się nigdzie wkraczania tkanki nowotworowej w głąb ściany tchawicy. Błona śluzowa całej tej części tchawicy, która jest zasiana guzkami, pokryta była gęstą cieczą śluzoworopną, rozpulchniona, nastrzykana, ale w miejscach wolnych od guzków połyskująca. Błona śluzowa oskrzeli rozpulchniona, nastrzykaną, ale zupełnie gładka, lśniąca, guzków na niej nigdzie niema.

Gruczoły oskrzelowe powiększone, twarde, jednostajnie czarno zabarwione. Gruczoły śródpiersiowe w sąsiedztwie tchawicy, zmienione pyliczo, nie zawierają żadnych śladów przerzutów.

Worek osierdziowy zawiera większą ilość cieczy przeźroczystej, żółtawej. Osierdzie i nasierdzie gładkie, lśniące. Serce ułożone prawidłowo, powiększone w wymiarze poprzecznym. Komórka i przedsionek prawe rozszerzone, ściana komórki prawej nieco grubsza; między beleczkami w komórce prawej skrzepy białawe, okrągławe, w środku po części rozmiękłe, niektóre o powierzchni nierównej. Zastawki obu połów serca bez zmian. Mięsień sercowy barwy brunatnej, jędrny. Naczynia wieńcowe mają ściany nieco zgrubiałe, sztywne. Tętnica główna szerokości prawidłowej, na powierzchni wewnętrznej nieznaczne nacieki miażdżycowe.

Jama brzuszna cieczy wolnej nie zawiera. Otrzewna gładka, lśniąca. Śledziona nieco pomniejszona, torebka jej nieco grubsza; miąższ na przekroju barwy żywoczerwonej, kruchy; zrąb łącznotkankowy bardzo wyraźny.

Nerka lewa znacznie pomniejszona, prawa wielkości prawidłowej. Torebka nerek daje się oddzielić dość łatwo; powierzchnia niejednostajnie drobnoziarnista; miąższ twardy. Budowa pasmowa istoty korowej w niektórych miejscach mniej wyraźna, odgraniczenie jej od istoty rdzeniowej wyraźne. (Badanie mikroskopowe nerek stwierdziło niezbyt wielkie przewlekłe zmiany zapalne). Miedniczki i kieliszki bez zmian. Wątroba wielkości prawidłowej; miąższ jej jędrny, biernie przekrwiony; obraz przypomina wątrobę muszkatołową. Przyrząd żółciowy bez zmian. Błona śluzowa jelit gładka, lśniąca, nieco biernie przekrwiona. W innych narządach jamy brzusznej żadnych zmian nie znaleziono.

Do badania mikroskopowego wycięto kilka guzków wraz z podstawą i częścią chrząstki pod nimi leżącą. Okazało się, że guzki mają utkanie raka płaskokomórkowego. Gniazda i pasma komórek nabłonkowych są niewielkie, złożone zwykle z kilkunastu tylko komórek, porozdzielane wązkiemi przegródkami łącznotkankowemi; ta tkanka łączna ma utkanie wiotkie i jest dość obficie unaczyniona. Komórki nabłonkowe mają wyraźny typ komórki nabłonkowej płaskiej, o kształcie często wielokątnym, obfitej jasnej protoplazmie, sporem jądrze z delikatnym zrębem chromatynowym; w wielu komórkach jądro kształtu nieregularnego, gdzieniegdzie figury karyokinetyczne, czasem atypowe. Nigdzie jednak nie widać rogowacenia, ani też komórek, odpowiadających poszczególnym warstwom naskórka, n. p. warstwie kolczastej. Zgodnie z tem, co było można stwierdzić gołem okiem, mają niektóre guzki węższą podstawę, to jest osadzone są jakby na krótkiej grubej szypule, złożonej również z utkania rakowego. Wałeczkowy nabłonek przechodzi z błony śluzowej, sąsiadującej z guzkami, gdzieniegdzie i na tę szypułę, a nawet i jeszcze dalej, na właściwy guzek nowotworowy, mianowicie na dolną stronę jego grzybiastego brzegu. Wyżej już jednak nie sięga, tak, że boki i górną powierzchnię guzków stanowi sama tkanka rakowa, nigdzie tu zresztą nie okazująca martwicy, ani znamion zwyrodnienia komórek. W głąb sięga tkanka rakowa w powierzchowne warstwy tkanki podśluzowej. W głębszych warstwach tej tkanki podśluzowej, gdzie już wygląda ona zresztą prawidłowo, spotkać można gdzieniegdzie w naczyniach limfatycznych czopy, złożone z komórek rakowych, wypełniające światło tych naczyń bądź całkowicie, bądź tylko częściowo, a wszędzie tu wyraźnie widać nienaruszoną warstwę śródbłonkową. Jeszcze głębiej natrafia się na niezmienione gruczoły śluzowe, wreszcie na chrząstkę; w tych głębokich warstwach ściany tchawicy niema nigdzie utkania rakowego.

Umyślnie streściłem nieco szczegółowiej wynik sekcyi, nie pomijając i tych narządów, w których żadnych zmian nie było, aby usunąć wszelką wątpliwość co do tego, że rak tchawicy był istotnie nowotworem pierwotnym. Również zdaje mi się rzeczą pewną, że rak był pierwotnie mnogi, wieloogniskowy. Przeciwko bowiem przypuszczeniu, że mnogość nowotworu była wtórna, to jest, że nowotwór rozsiał się w tchawicy z jednego, naprzód w niej powstałego guzka, przemawiają mojem zdaniem następujące okoliczności. Wśród guzków nie było żadnego, któryby czyto ze względu na swe rozmiary, czy ze względu na największe zmiany wsteczne, czy wreszcie ze względu na najgłębiej w ścianę tchawicy sięgający naciek, można przyjąć za pierwotny. Gdyby zaś nawet znalazł się był taki guzek, sprawiający wrażenie pierwotnego, to rozsianie się z niego dalszych ognisk w obrębie samej tchawicy trudnoby było wytłómaczyć. Możnaby bowiem wtedy myśleć albo o przerzucaniu się drogą limfatyczną, albo o zaszczepianiu się oderwanych cząstek nowotworu na powierzchni błony śluzowej. Przeciwko pierwszemu przypuszczeniu przemawiałby jednak wtedy obraz mikroskopowy, bo niepodobna przyjąć, aby przerzuty, wychodzące z naczyń limfatycznych, oszczędziły tych warstw tkanki podśluzowej, gdzie te naczynia się znajdują. Te warstwy są zaś w danym przypadku nienaruszone, a znalezione w naczyniach limfatycznych czopy komórkowe są widocznie świeższej daty, niż znajdujące się w sąsiedztwie guzki rakowe. Zaszczepianie się zaś samorodne oderwanych cząstek na powierzchni błon śluzowych, wyścielających pewne przewody, jest — w przeciwieństwie do znanego rozsiewania się na błonach surowiczych — przez wielu podawane w wątpliwość. W bardzo rzadkich przypadkach przyjąćby można za Borstem takie rozsiewanie się co najwyżej co do przewodu pokarmowego i narządu rodnego; w górnych drogach oddechowych natomiast warunki anatomiczne i fizyologiczne (światło stale otwarte, położenie ścian przeważnie pionowe, czynność nabłonków migawkowych, silne prądy powietrza, odruchy), czynią to zupełnie nieprawdopodobnem. Zresztą w takim razie należałoby oczekiwać implantacyi chyba raczej w oskrzelach i płucach, niż w tchawicy; w naszym zaś przypadku tak płuca, jak oskrzela, zupełnie były od zmian nowotworowych wolne.

Rozpatrzenie tej sprawy (t. j. możliwości implantacyi samorodnej raka wzdłuż górnych dróg o d d e c h o w y c h) uważałem za konieczne, ponieważ rzecz ta nie była wogóle dotąd w piśmiennictwie roztrząsana, a to zapewne dlatego, że niesłychana rzadkość mnogich pierwotnych raków tchawicy nie dawała do tego pola. O ile bowiem dojść mogłem, ogłoszono dotąd — oprócz naszego — jedno tylko podobne spostrzeżenie. Jest niem przypadek Schröttera

objaśniony ryciną, którą i Bruns podaje w swojej monografii nowotworów tchawicy, przytaczając ów przypadek, jako zupełnie niezwykły. Na rycinie tej widać guzki rakowe na wszystkich ścianach tchawicy w części górnej i środkowej, jak również w mniejszej liczbie i mniejszych rozmiarów w krtani i na dolnej powierzchni nagłośni. W przeważnej liczbie opisanych dotąd przypadków sadowiły się jednakże guzy rakowe (pojedyncze) na tylnej ścianie tchawicy, (w statystyce Brunsa 13 razy na 15 przypadków), i to najczęściej w części dolnej, rzadziej w górnej, a najrzadziej w środkowej (według zestawień Brunsa i Nagera). I w naszym przypadku zajmują guzki nowotworowe tylko dolną i środkową część tchawicy, w części jej górnej zupełnie ich niema. Ściana tylna była w naszym przypadku również sprawą nowotworową zajęta, aczkolwiek liczne guzki widać też na bocznej prawej i na przedniej ścianie.

W szczególnej skłonności pierwotnych raków tchawicy do sadowienia się przeważnie na ścianie tylnej możnaby upatrywać wskazówkę pochodzenia tych raków, zwłaszcza, jeżeli się z tem zestawi okoliczność, że znaczna ich część należy do typu raków płaskokomórkowych. Występowanie w tych rakach typu komórkowego, odmiennego od typu podłoża, na którem rak się rozwija, tłómaczyćby można albo metaplazyą nabłonka, albo też powstawaniem raka z komórek nabłonkowych, pozostałych z życia płodowego w miejscu niewłaściwem. A właśnie tylna ściana tchawicy jest miejscem, gdzie to w toku rozwoju płodowego najłatwiej zdarzyć się może, wtedy, gdy przełyk i tchawica oddzielają się od siebie. Po szczegóły w tym względzie odsyłam do pracy, którą wspólnie z Glińskim ogłosiliśmy w sprawie t. zw. wrodzonych przetok przełykowo-przełykowych, oraz do wywodów Nagera o płodowem pochodzeniu zawiązków płaskokomórkowych raków tchawicy. Prawdopodobieństwo takiego pochodzenia tych raków popierają inne jeszcze okoliczności. I tak, przyjmując to źródło raków płaskokomórkowych tchawicy, należałoby się spodziewać, że z tegoż źródła możliwe są raki płaskokomórkowe także i w sąsiedztwie tchawicy, nie pozostające w związku bezpośrednim z pokrywą nabłonkową jej błony śluzowej; raki takie powinnyby znajdować się pomiędzy tylną ścianą tchawicy a przednią ścianą przełyku, i oczywiście nie pozostawać w związku bezpośrednim także i z warstwą nabłonkową przełyku. Otóż niezbyt dawno podał Ernst istotnie spostrzeżenie raka płaskokomórkowego, usadowionego właśnie w ten sposób pomiędzy tchawicą a przełykiem i nie docierającego do błony śluzowej ani jednej, ani drugiej; Ernst sądzi też, że rak ten wyszedł najprawdopodobniej z zawiązka nabłonkowego, pozostałego w głębi ściany przełyku z czasów rozwoju płodowego. Spostrzeżenie Ernsta można uważać za ogniwo, łączące pospolite raki płaskokomórkowe przełyku z heterotopijnymi pierwotnymi rakami płaskokomórkowymi tchawicy, czego analogią jest łańcuch zboczeń rozwojowych, wiążący przetoki przełykowo-przełykowe poprzez spostrzeżenia przetok przełykowo-tchawicznych z niektóremi spostrzeżeniami torbieli przytchawicznych (wysłanych nabłonkiem płaskim) i wreszcie z opisanemi przez Schriddego wyspami płaskiego nabłonka w dolnej części prawidłowej zresztą tchawicy.

Jako dalszą wskazówkę w tym kierunku uważałbym wreszcie i nasz przypadek, w którym płaskokomórkowy typ raka, przy uwzględnieniu siedziby guzków i wieloogniskowego rozwoju nowotworu, daleko lepiej godzi się z przypuszczeniem powstania z zawiązków płodowych, niż z przypuszczeniem metaplazyi nabłonka tchawicy. Z tego względu zdaje mi się spostrzeżenie nasze zasługiwać na szczególną uwagę.

Nie od rzeczy wreszcie może będzie przypomnieć, że najczęstsze jeszcze wśród pierwotnych nowotworów tchawicy — brodawczaki, w połowie niemal zebranych przez Brunsa (33) przypadków spostrzegane u dzieci w pierwszem dziesięcioleciu życia, a w 5 z tych przypadków uznane przez Brunsa napewno za wrodzone, występują często mnogo, a nieraz (jak n. p. z nowszych spostrzeżeń w przypadku Jobsona Horne) mają wtedy nabłonek płaskokomórkowy.

Piśmiennictwo. 1) Arnoldson. Towarzystwo oto-laryngol. w Stockholmie 28. I. 1911. (Semons. Centr. f. Lar. 1911. s. 430). — 2) Berens. 31. Congr. Amer. laryng. Assoc. 1909 i Ann. of Otol. Rhin. and Lar. 1909. — 3) Bircher. Arch. f. Lar. 1908. T. 20. s. 443. — 4) Broeckaert. Presse oto-lar. belge. 1913. Nr 3. i Le Larynx 1913 Nr 2 (Semons Centr. f. Laryng. 1913, s.349). — 5) Bruns w Heymanna Handb. d. Laryng. 1898. T. I. s. 976, (tamże całe dawniejsze piśmiennictwo). — 6) Ciechanowski i Gliński: Przetoki przełykowo-przełykowe. Rozpr. Akad. Umiej. Kraków 1909. — 7) Eppinger w Klebsa Handb. der path. Anat. Larynx u. Trachea. 1880. s. 301. — 8) Ernst. XV. Tagung d. deutsch. path. Ges. Strassburg, 1912 (Ein durch seine Topographie eigenartiges warscheinlich dysontogenetisches Carcinom zwischen Speiseröhre und Luftröhre). — 9) Guisez. XVII. Congr. intern. de med. Londyn 1913. — 10) Jobson-Horne, Royal Soc. of med. Sect. of Lar. I. 1908 (Semon's Centr. f. Lar. 1909 s. 174). — 11) Kahler. XVI. Vers. d. Ver. deutsch. Laryng. 1908. — 12) Kaunitz. Wiener kl. Woch. 1912. Nr 38. — 13) Killian. Semon's Centr. f. Lar. 1913. s. 436. — 14) Krasting. Zeitschr. f. Krebsforschung. T. IV: Z. 2. — 15) Lejeune. Le Scalpel 1913 (Semon's Centr. f. Lar. 1913. s. 605). — 16) Litwinowicz. Tygodnik lek. 1909. s. 556. — 17) Manasse. Vereinig. westdeutsch. Hals- u. Ohrenärzte, 17. IV. 1910. — 18) Mann. XVI. Vers. d. Ver. deutsch. Lar. 1908. — 19) Nager. Arch. f. Laryng. 1907. T. 20. s. 275. — 20) Nager. Med. Klinik 1909 Nr 1. — 21) Pieniążek. Arch. f. Lar. T. 4. s. 226. — 22) Moritz Schmidt. Obere Luftwege (wedł. Schmiegelowa). — 23) Schmiegelow. Arch. f. Lar. 1909. T. 22. s. 18. — 24) Woods. Dublin med. Journ. 1913. (Semon's Centr. f. Lar. 1913 s. 554) — 25) Schin-izi Ziba. Arch. f. Lar. 1911. T. 25.

Z Zakładu anatomii patologicznej Uniwersyt. Jagiell. w Krakowie (Dyrektor: Radca Dworu Prof. Dr. Browicz).

Przyczynek do sprawy guzów skrobiowatych w krtani

podał

L. K. Gliński.

Zmiany skrobiowate w ustroju ludzkim są zjawiskiem pospolitem i ogólnie dobrze znanem; zmiany te jednakże występują z reguły w postaci skrobiawicy rozlanej, i to zwykle jednocześnie w całym szeregu narządów wewnętrznych, jako to: w śledzionie, nerkach, wątrobie, nadnerczach, jelitach i t. d. Natomiast pojawianie się u człowieka zmian skrobiowatych w postaci ograniczonych guzów, czyli w postaci t. zw. skrobiawicy miejscowej (amyloidosis localis), należy do zjawisk wogóle bardzo rzadkich. Tego rodzaju zmiany dotychczas stosunkowo najczęściej opisy-

wano w spojówce ocznej, gdzie też są one jeszcze najwięcej znane. Prócz tego znane są przypadki guzów skrobiowatych w jelicie (przypadek Askanazego[1]), w cewce moczowej (przypadek Tilpa[2]), w żebrze (przypadek Edensa[3]), w pęcherzu moczowym (przypadki Solomina[4]) i Lukscha[5]), w mięśniu sercowym (przypadki: Benekego i Böninga[6]), Wilda[7]), Steinhausa[8]), w języku (12 przypadków*) — z tych 11 zestawionych u Reicha[9]) i jeden świeżo ogłoszony przez Schönhofa[10]); wreszcie względnie często opisywano przypadki guzów skrobiowatych w obrębie narządów oddechowych: w r. 1909 Reich zdołał zebrać z piśmiennictwa 23 tego rodzaju spostrzeżenia, do której to liczby należałoby jeszcze doliczyć wspomniane już 3 przypadki skrobiawicy miejscowej serca z jednoczesnem zajęciem płuc, jeden przypadek Oskara Meyera[11]) (skrobiawica miejscowa płuc), wreszcie jeden — również już wspomniany przypadek Schönhofa (guzy skrobiowate na języku i w krtani); ogółem więc w całym narządzie oddechowym znanych jest dotychczas zaledwie 28 przypadków lub niewiele co więcej. Z tych 28 przypadków 16 razy odosobnione guzy skrobiowate znajdowały się w jednym tylko odcinku narządu oddechowego (12 razy w krtani, 2 razy w tchawicy, 2 razy w płucach); w pozostałych 12 przypadkach guzy skrobiowate były mnogie i znajdowały się równocześnie jużto w różnych odcinkach narządu oddechowego (n. p. w krtani i w płucach, lub w krtani i w tchawicy), już też równocześnie w narządzie oddechowym i w jakimś innym narządzie (n. p. w krtani i na języku). Z pośród tej całej liczby 28 przypadków na krtań przypada ogółem 20 spostrzeżeń (12 przypadków guzów skrobiowatych usadowionych wyłącznie w krtani i 8 przypadków z jednoczesnem ich występowaniem także w innych miejscach — na języku, w jamie gardła, w tchawicy, płucach i t. p.)

Jak świadczą powyższe zestawienia, przypadki guzów skrobiowatych wogóle, skrobiawicy zaś miejscowej narządu oddechowego w szczególności, należą do zjawisk bardzo rzadkich. Nawet w krtani, w której zmiana ta zdarza się stosunkowo częściej, niż w innych odcinkach narządu oddechowego, dotychczas znanych jest zaledwie 20 przypadków, w tej liczbie zaś zaledwie 12 przypadków guzów skrobiowatych, ograniczonych wyłącznie do krtani. Stąd też sprawa skrobiawicy miejscowej jest dotychczas bardzo mało znana i w sprawie tej dotychczas pozostało wiele punktów ciemnych, niewyjaśnionych. To też korzystając z tego, że w ostatnich czasach w krakowskim uniwersyteckim Zakładzie anatomii patologicznej nasunął mi się przypadek guza skrobiowatego w krtani, poddałem go szczegółowemu badaniu histologicznemu i wyniki tych badań ze względu na rzadkość sprawy pozwalam sobie tutaj w krótkości przytoczyć, zwłaszcza że rzucają one pewne światło na sprawę dokładniejszej lokalizacyi złogów skrobiowatych w tych guzach.

Przypadek mój dotyczył 57-letniego mężczyzny, który zmarł na raka żołądka z bardzo licznymi przerzutami w wątrobie i w gruczołach chłonnych. Po wyjęciu ze zwłok narządów szyjnych i przy oglądaniu dostępu do krtani zauważyłem znaczne zgrubienie zwłaszcza tylnej części lewego fałdu nalewkowo-nagłośniowego, przyczem zgrubienie to tworzyło jakby guzek podłużny (2,5 cm. długi, 1,5 cm. szeroki, 7 mm. gruby), twardy, pokryty przez błonę śluzową, posiadający powierzchnię nierówną, lekko groszkowaną; guzek ten nieściśle od otoczenia odgraniczony wnikał wgłąb, sięgał w obręb mięśni nalewkowych (mm. arytaenoidei) i obejmował znajdujące się w tej okolicy chrząstki Wrisberga i Santoriniego, a nawet częściowo i chrząstkę nalewkowatą. Na przekroju guzek miał wejrzenie niejednostajne, miejscami był wyraźnie szarawy, przeświecający, miejscami więcej brunatnawo-różowy; w głębi guzka widoczne były znajdujące się tutaj chrząstki i mięśnie. Ze względu na obecność w tym przypadku raka żołądka z bardzo licznymi przerzutami (między innymi stwierdziłem obecność przerzutu w oponie twardej) mimowoli nasuwać się musiało przypuszczenie, że również i tutaj mamy przerzut tego nowotworu; niezwykłe jednak usadowienie tego guzka, jak również wejrzenie i ogólne jego zachowanie się, przemawiały przeciwko temu przypuszczeniu i nakazywały raczej myśleć o jakiejś sprawie zupełnie odrębnej, czysto miejscowej, od raka żołądka zupełnie niezależnej. Celem rozstrzygnięcia mogących się nasuwać wątpliwości (nowotwór, kilak, guz skrobiowaty) wyciąłem cały ten guzek i przechowałem go do zbadania mikroskopowego w 2% rozczynie formaldehydu.

Po 24-godzinnem ustaleniu guzka w formalinie w preparatach zabarwionych hematoksyliną i eozyną stwierdziłem obecność wielkiej ilości nierównomiernie rozmieszczonych mas, podbarwionych eozyną i mających wejrzenie jednolite szkliste; obraz ten nasunął mi podejrzenie w kierunku skrobiawicy miejscowej, co też zostało potwierdzone przez zabarwienie zaraz preparatów metodami powszechnie do wykrycia substancyi skrobiowatej stosowanemi: pod wpływem jodu znalezione masy przybrały zabarwienie wyraźnie brunatno-kasztanowate, które to zabarwienie wzmogło się jeszcze silniej po następowem zadziałaniu kwasu siarkowego, przyczem jednak nie wystąpiło zabarwienie zielonkawe lub niebieskawe, które zresztą, jak wiadomo, niezawsze w tych razach występuje. Pod wpływem fioletu metylowego masy te przybrały piękne fioletowo-czerwone zabarwienie, podczas gdy tkanki niezmienione zabarwiły się fioletowo niebiesko. Dodatni wynik tych badań nie pozwolił wątpić, że w danym przypadku mamy przed sobą zmiany skrobiowate; ze względu zaś na brak zmian skrobiowatych w narządach wewnętrznych musiałem uważać znaleziony guzek za rzadki okaz skrobiawicy miejscowej.

Wobec tego przystąpiłem do badania szczegółowego, barwiąc preparaty hematoksyliną i eozyną, dalej metodą Van Giesona i wreszcie metodą Unny-Taenzera. Celem wyraźnego rozgraniczenia stwierdzonych już w guzku rozległych zmian skrobiowatych od mogących w tychże preparatach istnieć jednocześnie zmian szklistych próbowałem po paru tygodniach ponownie zabarwić w nich substancyę skrobiowatą zwykłemi metodami, niestety jednakże (jak to zresztą często zdarza się przy skrobiawicy) preparaty utraciły już swoją barwliwość charakterystyczną i wspomniane odczyny wypadły już bardzo słabo i niewyraźnie.

Wyniki szczegółowych moich badań mikroskopowych w tym przypadku dają się w krótkości streścić następu-

*) Dwa takie przypadki spostrzegał również, lecz ich drukiem nie ogłosił prof. Browicz (jeden z tych przypadków wspólnie z prof. Pieniążkiem). *Uwaga autora.*

jąco: Powierzchnia znalezionego guzka na całej przestrzeni była pokryta utrzymanym wielowarstwowym nabłonkiem płaskim, którego grubość jednakże była nierównomierna; w wielu miejscach skutkiem wpuklania się tutaj mas skrobiowatych (o których mowa niżej) nabłonek wyraźnie był rozciągnięty, tu i owdzie zredukowany zaledwie do paru warstw komórek; na preparatach barwionych metodą Van Giesona miejscami widoczne było odgraniczenie mas skrobiowatych od nabłonka przez grubszy lub cieńszy pokład tkanki łącznej włóknistej, miejscami jednakże nie było już ani śladu tej tkanki i masy skrobiowate wprost wdzierały się w obręb samego nabłonka. Pod nabłonkiem częściowo można było jeszcze wyróżnić dość obfite pozostałości właściwego utkania tej okolicy, a mianowicie przeważnie dużą ilość tkanki włóknistej, w głębszych zaś warstwach także chrząstki (częściowo chrząstka szklista, częściowo sprężysta) i wreszcie mięśnie prążkowane (z mięśni nalewkowych); prócz tego w warstwach, zwłaszcza powierzchownych podnabłonkowych, zwracała uwagę obecność nierównomiernie rozmieszczonych, nieściśle od otoczenia odgraniczonych gniazd komórkowych, złożonych głównie z komórek plazmatycznych.

Przeważną jednak masę utkania wyciętego z krtani guzka stanowiły wspomniane masy skrobiowate, mające różnorodne wejrzenie i rozmieszczone bardzo nierównomiernie. W miejscach mało zmienionych zrzadka tylko widać było małą ilość substancyi skrobiowatej wśród tkanki łącznej, głównie zaś masy skrobiowate gromadziły się w ścianach naczyń i dookoła gruczołów (o których niżej będzie jeszcze mowa), i to w ten sposób, iż tworzyły one niejednokrotnie dookoła światła zupełne pierścienie, na których często osadzony był wprost bezpośrednio śródbłonek naczynia, względnie nabłonek gruczołu; miejscami można było zauważyć, że pierścienie te — grubiejąc coraz więcej — zaciskają i zwężają światło naczynia względnie gruczołu, przyczem światło to w końcu zanikało zupełnie; w środku takiego szerokiego pierścienia niekiedy widoczne były jeszcze szczątki wyściółki komórkowej, która jednak w innych miejscach znikała już zupełnie i początkowy pierścień w ten sposób przekształcał się w litą masę substancyi skrobiowatej, tworząc odpowiednio do swego pochodzenia i przekroju (poprzecznego czy podłużnego) jużto gniazda okrągłe, już też podłużne, oddzielone od siebie pozostałościami utrzymanej tkanki włóknistej. Skutkiem takiego rozwoju sprawy w wielu miejscach wyraźna była opisywana przez licznych autorów w analogicznych przypadkach budowa jamkowata, gdzie utrzymane pozostałości tkanki łącznej tworzą w obrazie optycznym jakby sieć, której oka są wypełnione masami skrobiowatemi.

Zupełnie podobne pierścieniowate otoczki z substancyi skrobiowatej widywałem nietylko dookoła naczyń i gruczołów, lecz także dookoła mięśni prążkowanych i to zarówno dookoła oddzielnych włókien mięsnych, jak i całych ich pęczków; i tutaj znowuż w miarę grubienia pierścienia włókna mięsne utracały swą budowę i powoli zanikały, a początkowy pierścień przekształcał się w lity twór okrągły lub podłużny, zależnie od przekroju.

W wielu miejscach opisanego przed chwilą rozmieszczenia substancyi skrobiowatej już niepodobna było wyróżnić, co najwyżej tu i owdzie w środku brył substancyi skrobiowatej zauważyć można było szczątki jąder jakichś zanikających komórek, przeważnie zaś tutaj była nagromadzona substancya skrobiowata w postaci różnej wielkości na pozór jednolitych brył, wstęg i sznurów. Przy dokładniejszem jednak badaniu wśród tych mas jednolitych widać było niejednokrotnie drobne szczelinki podłużne, przypominające szczeliny limfatyczne i niekiedy posiadające wyraźną wyściółkę śródbłonkową; w preparatach barwionych metodą van Giesona, względnie Unny-Taenzera, wśród tych pozornie jednolitych mas wcale często można było jeszcze wyróżnić pozostałości włókien łącznotkankowych i włókien sprężystych.

Dodać należy, że opisane bryły i grudy substancyi skrobiowatej pospolicie były otoczone przez tkankę łączną włóknistą, której szczupłe, niekiedy przylegające wprost do substancyi skrobiowatej jądra mogły imitować śródbłonek, wyścielający jakiś uprzednio istniejący przewód, wypełniony substancyą skrobiowatą. Obrazy te, jak to zobaczymy dalej, dały wielu autorom powód do uważania ich za naczynia chłonne, wypełnione substancyą skrobiowatą, przeciwko jednak takiemu przypuszczeniu z wszelką stanowczością przemawia podniesiony przez Schildera[12]), a również i przezemnie stwierdzony fakt, iż w tych pozornie jednolitych masach niejednokrotnie przez odpowiednie barwienie można było stwierdzić obecność pozostałości włókien łączno-tkankowych lub sprężystych. Fakt ten wymownie świadczy, iż masy te nagromadziły się niejako na gruzach tkanki, a nie w jakimś poprzednio istniejącym kanale. Wreszcie wspomnieć również należy, iż na obwodzie mas skrobiowatych niejednokrotnie widywałem także twory olbrzymie — wielkie masy protoplazmatyczne z licznemi jądrami, tu i ówdzie jakby wżerające się w substancyę skrobiowatą i odgrywające tutaj niewątpliwie rolę tworów olbrzymich około ciał obcych (Fremdkörperriesenzellen niemieckich autorów).

Przy powyższym opisie parokrotnie wspominałem o gruczołach, co do których należałoby nieco dokładniej się zastanowić, z jakimi gruczołami mieliśmy tutaj do czynienia. Oczywiście przedewszystkiem nasuwać mi się musiało przypuszczenie, że były to mogące znajdować się w tej okolicy gruczoły śluzowe; jednakże cechy mikroskopowe tych gruczołów przemawiały przeciwko takiemu przypuszczeniu. Gruczołów tych wogóle było stosunkowo niewiele, ponieważ przeważna ich część uległa częściowemu lub całkowitemu zanikowi w związku z opisanemi zmianami skrobiowatemi; w miejscach jednak, w których gruczoły te jeszcze dobrze się utrzymały, miały one kształt pęcherzyków, wysłanych niesluzowaciejącym nabłonkiem brukowym; w ich świetle nigdy nie widywałem śluzu, a natomiast często znajdowała się tutaj treść, częściowo lub całkowicie wypełniająca światło pęcherzyka, posiadająca wejrzenie zupełnie jednolite, podbarwiająca się silnie eozyną i nie dająca odczynu substancyi skrobiowatej, jednem słowem zachowująca się jak kolloid. Ogólnie biorąc, znalezione przezemnie tutaj gruczoły swemi cechami najwięcej przypominały utkanie tarczycy; przytem należałoby podkreślić, że prawie niepodobna wyobrazić sobie takiego nieprawidłowego stanu gruczołów śluzowych, przy którym mogłyby one przybrać tak wybitne cechy mikroskopowe tarczycy.

Z przytoczonych względów uzasadnionem wydaje mi się przypuszczenie, że w danym przypadku mieliśmy do czynienia ze skrobiawicą miejscową, rozwijającą się w obrębie i w sąsiedztwie usadowionej w niezwykłem miejscu tarczycy dodatkowej. Takie tarczyce dodatkowe w obrębie dróg oddechowych (w krtani i tchawicy) zdarzają się wogóle dość rzadko, były już jednak niejednokrotnie opisywane. Również niejednokrotnie opisywano i zmiany skrobiowate w tarczycy (patrz zwłaszcza prace Schildera), stąd też kombinacya tych dwu procesów w jednem miejscu w krtani wydawać się musi najzupełniej możliwą. A podnieść jeszcze należy, że przy opisach przypadków guzów skrobiowatych w drogach oddechowych już niejednokrotnie różni autorowie (jak np. Ziegler[13]), Glockner[14]), Schönhof i inni) podnosili, że w znalezionych tam gruczołach wrzekomo śluzowych widywali gromadzenie się mas koloidowych, co mimowoli nasuwać musi przypuszczenie, że i w tych przypadkach mogło chodzić o skrobiawicę miejscową w tarczycy dodatkowej. Reich w pracy swojej wprost powiada, że w spostrzeganym przez siebie przypadku niejednokrotnie widywał obrazy, uderzająco podobne do obrazów opisanych przez Schildera przy skrobiawicy tarczycy; mimo to Reich nie decyduje się jeszcze na rozpoznanie skrobiawicy miejscowej w dodatkowej tarczycy, ponieważ jak powiada, »zur Diagnose einer Struma intratrachealis amyloides fehlte der sichere Nachweis von Schilddrüsenfollikeln«. Również i ja nie mógłbym zupełnie stanowczo twierdzić tego co do swego przypadku, w każdym jednak razie przypuszczenie to wydaje mi się najprawdopodobniejszem i uzasadnionem znalezionymi przezemnie obrazami mikroskopowymi.

Co się tyczy sprawy dokładniejszej lokalizacyi złogów skrobiowatych w przypadkach skrobiawicy miejscowej, to pierwszy M. B. Schmidt[15]) wypowiedział twierdzenie, iż gromadzi się ona głównie w świetle naczyń chłonnych; pogląd ten zyskał ogólne uznanie i dotychczas utrzymuje się w nauce. Swoje twierdzenie oparł Schmidt na tem, że substancya skrobiowata w tego rodzaju przypadkach często występuje w postaci sznurów, pasm i wstęg, posiadających niejednokrotnie na obwodzie jakby wyściółkę śródbłonkową. Obrazy takie widywałem i ja w swoim przypadku, widywali je również i inni autorowie, nawet jeszcze przed Schmidtem (Leber[16]), Reymond[17]), v. Hippel[18]), Mandelstamm i Rogowicz[19]) i inni, zwłaszcza w przypadkach skrobiawicy miejscowej spojówki). Pierwszy jednakże Schmidt wypowiedział twierdzenie, iż obrazy te świadczą o gromadzeniu się substancyi skrobiowatej w świetle dawniej już w tkance znajdujących się kanałów, wysłanych śródbłonkiem, a więc w świetle naczyń chłonnych. Przeciwko temu poglądowi w nowszych czasach wystąpił Schilder, stwierdzając w tych — pozornie wypełniających naczynia chłonne — masach skrobiowatych obecność włókien łącznotkankowych i sprężystych, które w świetle naczyń chłonnych istnieć nie mogą. Jednocześnie Schilder w swoim przypadku stwierdził gromadzenie się substancyi skrobiowatej w ścianach i dookoła naczyń, gruczołów i mięśni prążkowanych. Również i Reich występuje przeciwko twierdzeniu Schmidta i stara się uzasadnić pogląd, że opisane przez Schmidta i istotnie pospolicie zdarzające się obrazy mikroskopowe zawdzięczają swe pochodzenie przeobrażeniu skrobiowatemu wydłużonych, rozszerzonych i rozgałęzionych cewek gruczołowych (»dass die Amyloidumwandlung der verlängerten, erweiterten und verzweigten Drüsenschläuche jenes Bild entstehen lassen könnte«). Świeżo jednakże Schönhof przy opisie swego przypadku wyraża pogląd, że znalezione przez niego zmiany dają się częściowo wytłómaczyć zmianami skrobiowatemi w ścianach naczyń krwionośnych, częściowo jednakże są zależne od gromadzenia się substancyi skrobiowatej w świetle poprzednio już istniejących przestworów limfatycznych.

Ze względu na tę różnorodność zapatrywań poszczególnych autorów zwróciłem w tym kierunku baczniejszą uwagę przy badaniu mikroskopowem swego przypadku. Wychodząc z założenia, że tylko z zachowania się mało jeszcze zmienionych części preparatu można wyprowadzać pewne wnioski co do miejsca pierwotnego odkładania się substancyi skrobiowatej, badałem w pierwszym rzędzie właśnie te części: w późniejszym rozwoju sprawy — w miarę coraz większego gromadzenia się substancyi skrobiowatej, zlewania się jej grud ze sobą i jednoczesnego zaniku samej tkanki — charakterystyczne obrazy muszą się zacierać i łatwo mogą dawać powód do pomyłek. Jak widzieliśmy przy opisie wyników moich badań mikroskopowych, w mało zmienionych częściach preparatu gromadziła się substancya skrobiowata zrzadka tylko wśród samej tkanki łącznej, głównie zaś — w ścianach i dookoła naczyń krwionośnych, gruczołów, mięśni prążkowanych, podobnie zresztą, jak to w swoim przypadku opisuje Schilder. W miarę coraz większego gromadzenia się tej substancyi tutaj, pierwotne pierścienie zacieśniały się coraz więcej, tkanka zanikała, złogi skrobiowate przekształcały się w lite twory — okrągłe na przekrojach porzecznych, podłużne na przekrojach podłużnych. Znajdujące się na obwodzie tych złogów skrobiowatych szczupłe jądra przyległej i utrzymanej tkanki włóknistej bardzo łatwo mogły imitować wyściółkę śródbłonkową jakiegoś poprzednio istniejącego kanału, wypełnionego obecnie masami skrobiowatemi. Pośród tych mas, podobnie znowuż jak Schilder, niejednokrotnie widywałem pozostałości włókien łącznotkankowych i sprężystych. Włókna te w zmiennej ilości znajdowały się również i w obrębie wielkich skupień mas skrobiowatych, przyczem w miejscach tych tu i owdzie widoczne były jeszcze szczeliny wysłane śródbłonkiem, sprawiające wrażenie szczelin limfatycznych i nie zawierające zupełnie mas skrobiowatych.

Na podstawie streszczonych tutaj wyników badania histologicznego — przynajmniej co do mego przypadku — oświadczyć się muszę przeciwko ogólnie w nauce przyjętemu, a po raz pierwszy przez Schmidta wypowiedzianemu poglądowi, że w przypadkach skrobiawicy miejscowej substancya skrobiowata z reguły osadza się w świetle naczyń chłonnych. Przeciwnie, znalezione przezemnie obrazy potwierdzają słuszność poglądów, wypowiedzianych już częściowo przez Schildera, częściowo i przez Reicha; badania moje stwierdzają, że przy skrobiawicy miejscowej substancya skrobiowata nie gromadzi się w naczyniach chłonnych, natomiast gromadzi się głównie w ścianach naczyń krwionośnych, dookoła gruczołów i mięśni prążkowanych, częściowo zaś także i wśród samej tkanki łącznej. Przy dalszem gromadzeniu się substancyi skrobiowatej elementy

tkankowe coraz bardziej zanikają, masy skrobiowate zlewają się ze sobą w nieregularnie rozmieszczone grudy, przyczem pospolicie powstawać mogą obrazy, mogące imitować gromadzenie się substancyi skrobiowatej w naczyniach chłonnych.

Sprawa pochodzenia substancyi skrobiowatej w przypadkach skrobiawicy miejscowej jest może jeszcze mniej wyjaśniona, niż przy skrobiawicy ogólnej, nad sprawą tą jednak nie zamierzam na tem miejscu szerzej się zastanawiać, ponieważ znalezione przezemnie obrazy nie dostarczyły mi żadnych nowych danych. Chciałbym tylko podkreślić, że znalezione przezemnie obrazy mikroskopowe przemawiają za zupełnie biernem zachowaniem się tkanek w tego rodzaju przypadkach; tkanki te w miarę gromadzenia się substancyi skrobiowatej giną, zanikają, a ilość substancyi skrobiowatej mimo to zdaje się powoli, lecz wciąż wzrastać, przyczem w końcu tworzą się niekiedy nawet dość znaczne guzy, składające się głównie z substancyi skrobiowatej. Szczegóły te podobnie zresztą, jak i przy skrobiawicy ogólnej, przemawiałyby przeciwko tworzeniu się substancyi skrobiowatej na miejscu, a raczej za jej doprowadzaniem do tego miejsca w stanie niejako już gotowym. Nawet przypuszczenie, że substancya skrobiowata wytwarza się na miejscu z doprowadzonych tutaj surowych niejako materyałów przy czynnym współudziale komórek, nawet takie przypuszczenie wydaje mi się mało prawdopodobnem, na podstawie znalezionych przezemnie obrazów mikroskopowych. Wobec tego sprawa powstawania substancyi skrobiowatej wymaga dalszych szczegółowych badań, przyczem słusznym wydaje mi się pogląd, że poprzednio już w danem miejscu istniejące zmiany patologiczne (sprawy zapalne przewlekłe, kiła, guzy nowotworowe i t. p.) mogą usposabiać tkankę do osadzania się substancyi skrobiowatej właśnie w tem miejscu. W moim przypadku takim czynnikiem usposabiającym do gromadzenia się substancyi skrobiowatej w fałdzie nalewkowo-nagłośniowym mogło być przypuszczalne istnienie w niezwykłem tutaj miejscu usadowionej dodatkowej tarczycy.

Na zakończenie w kilku słowach chciałbym zwrócić uwagę na praktyczne znaczenie guzów skrobiowatych. Ze względu na swe względnie częste usadowienie na języku i w drogach oddechowych oraz ze względu na stosunkowo znaczne rozmiary, do jakich mogą dochodzić — guzy te niejednokrotnie mogą dawać powód do groźnych nawet zaburzeń, zwłaszcza w oddychaniu i stąd do interwencyi lekarskiej. Ze względu na małą znajomość ogólną tej sprawy, ze względu na brak cech charakterystycznych, brak ścisłego odgraniczenia, często zdarzającą się mnogość i t. d. guzy te bez badania mikroskopowego łatwo mogą być uznane za nowotwór złośliwy i dać powód do nieobojętnego dla chorego zbyt radykalnego zabiegu operacyjnego. Tak było w przypadku, ogłoszonym przez Courvoisier[20]) i Kaufmanna-Johanniego[21]), gdzie z powodu podejrzenia w kierunku raka zamierzono wykonać całkowite wycięcie krtani, gdzie jednak przed przystąpieniem do zabiegu operacyjnego chora zmarła z powodu przypadkowych powikłań. Natomiast w jedynym (o ile mi wiadomo) dotychczas operowanym przypadku guza skrobiowatego w tchawicy (przypadek Reicha) guz został łatwo usunięty przez otwór po krikotracheotomii, chory wrócił do zupełnego zdrowia i w 4 miesiące po operacyi nie można było zauważyć żadnego śladu nawrotu tej niezwykłej sprawy chorobowej. Dodam, że szczegółowe badania mikroskopowe każdego zgrubienia i guza w drogach oddechowych niewątpliwie stwierdziłyby znacznie większą, niż to się ogólnie przyjmuje, częstość skrobiawicy miejscowej. I ten tutaj opisany przypadek bez badania mikroskopowego musiałby pozostać nierozpoznanym.

Piśmiennictwo. 1) Askanazy cytowany podług Schönhofa. 2) Tilp. Ueber lokales tumorförmiges Amyloid der Harnröhre. Centralbl. f. allgem. Pathologie T. XX. 3) Edens. Ueber lokales und allgemeines Amyloid. Virchows Archiv 1906 T. 184. 4) Solomin. Ueber lokales circumscriptes Amyloid in der Harnblase. Prager medic. Wochenschrift 1897. 5) Luksch. Ueber lokale Amyloidbildung in der Harnblase. Verhandl. d. deutsch. patholog. Gesellsch. 1904. 6) Beneke i Bönning. Zieglers Beiträge T. 44. 7) Wild. Zieglers Beiträge 1886 T. 1 (cytowany podług Kschischo. Ueber Amyloid der Lunge. Virchows Archiv 1912 T. 209). 8) Steinhaus. Zeitschr. f. klin. Medizin 1902 T. 14. (cytowany tamże). 9) Reich. Ueber die Amyloidtumoren der Trachea. Bruns Beiträge z. klin. Chirurgie 1909. T. 65. 10) Schönhof. Ein Beitrag zur Kenntniss des lokalen tumorförmigen Amyloids. Frankf. Zeitschr. f. Pathologie 1913. T. 12. 11) Meyer Oskar. Frankf. Zeitschr. f. Pathol. T. 8. 12) Schilder. *a*) Ueber einige weniger bekannten Lokalisationen der amyloiden Degeneration. *b*) Ueber einen Fall von lokalem Amyloid des Zungengrundes. Obydwie prace w Zieglers Beiträge 1909 T. 46. 13) Ziegler. Amyloide Tumorbildung in der Zunge und dem Kehlkopf. Virchows Archiv 1875 T. 65. 14) Glockner. Ueber lokales tumorartiges Amyloid der Larynx etc. Virchows Archiv 1900 T. 160. 15) Schmidt M. B. Ueber lokale Amyloidtumoren der Zunge. Virchows Archiv 1896 T. 143. 16) Leber *a*) Ueber amyloide Degeneration der Bindehaut des Auges. Arch. f. Ophth. 1873 T. 19; *b*) Ueber die Entstehung der Amyloidentartung, tamże 1879 T. 25. 17) Reymond, 18) v. Hippel, 19) Mandelstamm i Rogowicz cytowani podług Herxheimera: Ueber multiple Amyloidtumoren des Kehlkopfs und der Lunge, Virchows Archiv 1903, T. 174. 20) Courvoisier. Münchener mediz. Wochenschr. 1902. 21) Johanni. Ueber einen Amyloidtumor des Kehlkopfs und der Trachea. Archiv f. Laryngologie 1903 T. 14

Uwagi o operacyach usznych

(na zasadzie doświadczeń czterech lat ostatnich)

napisał

Franciszek Nowotny.

Uwagi niniejsze opieram na materyale kliniki otyatrycznej w Krakowie. Materyał nasz nie jest zbyt obfity, co jednak tem się tłómaczy, że klinika nasza, pomieszczona dotąd w warunkach fatalnych i zbyt szczupła, nie ma osobnego oddziału otyatrycznego, a praca na tem polu rozwinęła się u nas nieco więcej dopiero od czasu otwarcia ambulatoryum otyatrycznego przed 20 laty. Ambulatoryum to z małych zrazu początków wzrosło dziś do około 3.000 przypadków rocznie, stąd też i materyał operacyjny w ostatnich właśnie latach częściej się nasuwał.

Wprawdzie w ostatnich 4 latach operowaliśmy tylko 160 przypadków, jednakże liczę tu tylko przypadki antrotomii i operacyi doszczętnej, nie liczę zupełnie operacyi drobniejszych, ambulatoryjnie wykonywanych. Zresztą materyał nasz nie jest tak bardzo szczupły, jeśli się zważy, że ludność nasza jeszcze niezbyt przywykła do operacyi usznych i niechętnie im się poddaje; ilustruje to n. p. fakt, że podług statystyki Radlińskiego, w klinice chirurgi-

cznej krakowskiej w przeciągu lat 10 tylko w 80 przypadkach wykonano operacyę uszną.

Ze 160 naszych przypadków, w 75 przypadkach wykonano antrotomię, w 85 operacyę doszczętną. Poszczególne powikłania cierpień usznych wymagały obok powyższych, jeszcze osobnych zabiegów; o ważniejszych tych powikłaniach, o sposobie ich operowania i wynikach, umieszczam sprawozdanie w osobnych rozdziałach.

Antrotomia.

Sposób wykonywania tej operacyi jest zbyt znany, by go opisywać; również nie wspominam o szeregu trudności operacyjnych, polegających jużto na samej budowie kości skalistej, jak też na najrozmaitszych powikłaniach cierpienia.

Metoda typowej operacyi znana, Schwartzego, cięcie łukowate poza uchem. Cięcia podanego przez Kadera używam tylko wtedy, gdy daleko ku tyłowi odsłonić trzeba wyrostek, przy powikłaniach, gdzie musimy oddłutowywać nietylko wyrostek, ale i części poza nim leżące. Przy ostrych lub przewlekłych sprawach zapalnych, gdy ponad wyrostkiem zmian nie spotykamy, w razie braku innych powikłań zeszywałem nieraz ranę, pozostawiając tylko sam dolny kącik wolny; do niego wprowadzałem cienki skrawek gazy. W ten sposób otrzymuje się nieraz prawie niewidoczną bliznę. Sposobu, podawanego w ostatnich czasach, by przy braku wszelkich powikłań zupełnie zaszyć ranę, użyłem w jednym przypadku z wybitnie dobrym wynikiem; zupełne wygojenie rany operacyjnej nastąpiło w przeciągu 10 dni.

W powyższych przypadkach antrotomii nie było ani razu porażenia pooperacyjnego nerwu twarzowego, pomimo iż niejednokrotnie operowali lekarze, z zabiegiem tym nieobeznani. Zniszczenie nerwu podczas dokonywania antrotomii uważam za gruby błąd operacyjny, który nigdy nie powinien się zdarzać. Za wręcz przeciwwskazane uważam niepotrzebne odsłonięcie zatoki. Odsłonięcie opony twardej w pewnych trudnych warunkach operacyjnych jest bardzo możliwe; potem ani razu nie uważałem złych następstw. Co do wskazań do samej antrotomii, to o ile w pewnych przypadkach są one ścisłe, to w innych zależeć będą od indywidualności operującego. Na podstawie własnego doświadczenia stwierdzić muszę, iż otyatra-chirurg będzie o wiele radykalniejszy od otyatry, który sam nie operuje. Niejednokrotnie widzimy przy operacyi rozległe i bardzo znaczne zmiany, które cofnąć się już nie mogą, przy bardzo małych objawach podmiotowych, jak i przedmiotowych. Szczególnie przy płonicy, w niektórych przypadkach złośliwych grypy, odry, przy objawach błędnikowych przy najlżejszem już choćby przypuszczeniu zakrzepu, operacyę musimy uważać jako rzecz nagłą. Ramy niniejszej pracy nie pozwalają na obszerne oznaczanie wskazań.

W 57 przypadkach poza zmianami w kości, ropniem pozamałżowinowym, ropniem szyjnym, i to zwykle głębokim, innych zmian nie było. Głębokie ropnie szyjne spotykaliśmy prawie zawsze przy t. zw. »mastoiditis Bezoldti«, t. j. przy przebiciu kości we wcięciu sutkowem (incisura mastoidea). Chorzy ci opuścili klinikę jako zupełnie wyleczeni. Z liczby 57, 35-krotnie dokonano operacyi w przebiegu ostrego, 22-krotnie w przebiegu przewlekłego zapalenia ucha środkowego. Zmiany w kości w kilku przypadkach były ogromne, w dwu doszło do zupełnego oddzielenia się wyrostka sutkowego. Z kategoryi powyższych przypadków zaledwie kilka byłoby godnych wzmianki. I tak, u dziewczynki 13-letniej, w przebiegu grypy, występuje ostre zapalenie ucha środkowego, z silną bardzo gorączką, przekraczającą 40°, bolesnością i obrzmieniem wyrostka; objawy te, pomimo przekłucia błony bębenkowej i swobodnego zupełnie odpływu ropy, nie ustępują; wykonuję antrotomię, przy której okazuje się dość znaczne próchnienie kości. Po operacyi chwilowo tylko opada gorączka, podnosząc się potem do pierwotnej wysokości, występuje bardzo silny ból głowy, badanie zaś dna oka wykazuje zapalenie nerwu wzrokowego. Wobec tego otwarłem znowu ranę, odsłoniłem jamę czaszkową tylną, średnią, nigdzie atoli żadnych zmian nie zauważyłem. Objawy zapalenia nerwu wzrokowego w przeciągu tygodnia ustąpiły. Objawy powyższe odnieść przeto należy do działania toksyn. W przypadku drugim, operowanym przez praktykanta kliniki, po operacyi wystąpiła ślepota obustronna, niewyraźne mówienie, rozszerzenie i leniwe oddziaływanie źrenic. Badanie dna oka wykazało tylko silne niedokrwienie. Objawy te w przeciągu 4 tygodni ustąpiły. Jak tłómaczyć powyższe objawy, czy tak zwanem surowiczem zapaleniem mózgu (encephalitis serosa), które mogłoby wystąpić po operacyi, czy urazem operacyjnym?

W jednym przypadku wykonałem antrotomię z powodu gwałtownych bolów w uchu. Chory celem uwolnienia się od wojska wlał sobie do ucha zgęszczonego roztworu ługu, prawdopodobnie sodowego. Badanie, dokonane przezemnie w kilka lat potem, wykazywało tylko objawy przewlekłego ropnego zapalenia ucha, z zupełnem zniszczeniem błony bębenkowej. Antrotomia wykazała silnie zbitą kość wyrostka, jamę wyrostka, wielkości zaledwie małego bardzo groszku, bez zmian. Po operacyi bóle ustąpiły.

Co się tyczy etyologii cierpienia, to na 160 przypadków operowanych, zaledwie w kilkunastu przypadkach udało się ją przez wywiady wyszukać, i to przeważnie tylko przy cierpieniach ostrych. Przeważnie zupełnie ujemne wywiady nie zadziwią nikogo, kto zna zupełną prawie ignorancyę ludu naszego wobec cierpień uszu. Chorzy ci zgłaszają się na klinikę zwykle z trzech przyczyn, znacznego stopnia głuchoty, silnych bólów w uchu lub głowie, objawów błędnikowych lub mózgowych. Samo ropienie, szczególnie, jeżeli ono jest nieznaczne, nie sprowadza chorego do lekarza. Tem tłómaczy się niestosunkowo wysoka liczba przypadków ciężkich, powikłanych, wreszcie przypadków śmiertelnych. Jako przyczynę cierpienia można było stwierdzić płonicę, odrę, grypę, różę, w jednym przypadku paratyfus, w kilku przypadkach gruźlicę.

W 57 przypadkach ważniejszych powikłań nie było. W pozostałych 18 przypadkach, gdzieśmy dokonali tylko antrotomii, mieliśmy do czynienia z rozmaitemi powikłaniami, do nich najczęściej należały ropień zewnątrzoponowy, zakrzep w zatoce, tak zwyczajny, jak i ropny. Z 18 powyższych chorych zmarło 4, trzech z powodu rozlanego zapalenia opon, jeden z powodu ropnicy.

O powikłaniach poniżej będzie mowa.

Kilka słów wspomnieć chcę o leczeniu operacyjnem u niemowląt. Przy obrzmieniu i ropieniu ponad wyrostkiem sutkowym, w przebiegu ostrego lub przewlekłego zapalenia ucha środkowego, polecano wykonać u nich t. zw. cięcie Wildego, polegające na cięciu, sięgającem aż do kości, w obrębie płaszczyzny sutkowej (planum mastoideum). Cięcie to polecał również Körner u małych dzieci, u których ropniak wyrostka sutkowego (empyema antri) przedostaje się na zewnątrz przez szczelinę sutkowo-łuskową, wywołując tu ropień podokostny. Cięcia tego nie stosujemy prawie nigdy. Jeżeli zapalenie okostnej jest następstwem zwykłego zapalenia kości lub błony śluzowej komórek wyrostka sutkowego, to ustępuje ono przy odpowiedniem leczeniu zachowawczem, w razie głębszych zmian cięcie to nie wystarcza. Spostrzegałem 7 przypadków zmian zapalnych okostnej wyrostka sutkowego u dzieci w wieku od 3 do 21 miesięcy. We wszystkich przypadkach podczas operacyi stwierdziłem znaczne zniszczenie kości, ubytek kilka razy dochodził wielkości halerza. Leczenie polegało na wyskrobaniu łyżeczką i wyrównaniu brzegów rany kostnej. Zniszczenie sięgało zwykle przez całą grubość kości, aż do jamy sutkowej. U dzieci wyniszczonych, źle odżywionych, — a u nich to przeważnie powstają powyższe zmiany, — gojenie się rany pooperacyjnej trwa zwykle bardzo długo. Obok leczenia rany, bardzo ważnem jest podniesienia ogólnego odżywiania.

Operacya doszczętna.

Zabieg ten wykonano w 85 przypadkach. W mniejszej tylko części były to przypadki lekkie, w których zmiany ograniczały się do błony śluzowej i kości, nie przekraczając kości skalistej. Przeważnie były to przypadki ciężkie, zupełnie nie leczone. W całym szeregu tych przypadków operowano chorych jużto wśród objawów ropnicy, jużto zapalenia opon mózgowych, ropni mózgu i t. d. Do najczęstszych powikłań należały ropnie zewnątrzoponowe, śródoponowe, zakrzepy zatoki poprzecznej lub żyły szyjnej, ropnie mózgu. Bezpośrednią przyczyną śmierci było przeważnie rozlane ropne zapalenie opon miękkich, w kilku przypadkach ropnica lub posocznica. O wszystkich tych powikłaniach poniżej będzie mowa. Odpowiednio do ciężkości spraw zapalnych była i wysoka śmiertelność, na 85 przypadków operowanych, 24 śmierci. U kilku chorych zmiany kości były przyrody gruźliczej. Zmiany te przeważnie były bardzo rozległe, z licznemi powikłaniami, w dwu z tych przypadków śmierć z powodu następowego ropnego zapalenia opon. We wszystkich powyższych przypadkach było przedziurawienie błony aż do zupełnego jej zniszczenia, w znacznej liczbie polipy, ziarniny, tak ucha zewnętrznego jak i środkowego, opadnięcie ściany tylnogórnej, czasem przebicie jej, zmiany poza uchem, a mianowicie ropień ponad wyrostkiem. Przy ropniu okołozatokowym kilkakrotnie zauważyliśmy, iż ropień podokostny, pozamałżowinowy, usadowiony był na granicy kości skalistej i potylicznej, tak, iż już z siedziby jego można było czasem rozpoznać ropień okołozatokowy. Również często spotykaliśmy ropnie szyi, przeważnie głębokie, w jednym przypadku ropienie to szerzyło się aż do śródpiersia.

Dokładne badanie stopnia upośledzenia słuchu jest bardzo ważne. O ile przy zupełnej głuchocie lub znacznem upośledzeniu słuchu nie będziemy się wahać co do wyboru pomiędzy antrotomią a operacyą doszczętną, to przy słuchu utrzymanym, o ile się nie ma bezwzględnego wskazania do operacyi doszczętnej, raczej wybieramy pierwszą. W niektórych tego rodzaju przypadkach robiliśmy t. zw. nietypową doszczętną operacyę z pozostawieniem błony i kosteczek.

Nierównie ważniejsze jest przedoperacyjne badanie błędnika. Badanie to powinno być dokonane w każdym przypadku. Jeżeli nie ma żadnych objawów błędnikowych, badanie to może wykryć zniszczenie błędnika, ewentualnie obniżenie jego sprawności. Na podstawie ostatnich badań anatomopatologicznych wiemy, iż sprawy ropne tak błędnika, jak i ślimaka, nie należą do rzadkości. Bywają one bezpośredniem zwykle następstwem ropienia ucha. Ropienie tak błędnika, jak i ślimaka, jest powikłaniem bardzo poważnem, następstwem tegoż ropienia bywa często ograniczone ewentualnie rozlane zapalenie opon. Wydoskonalono też w ostatnich czasach metody chirurgicznego otwierania i usuwania ucha wewnętrznego.

Co do wskazań do wykonania tej operacyi istnieje jeszcze dość znaczna rozbieżność zdań. Zapalenie surowicze ustępuje z chwilą usunięcia ogniska pierwotnego, do zabiegu operacyjnego nie daje ono wskazania. Ale w tychże samych warunkach i zapalenie ropne nieraz cofa się zupełnie, lub też następują zmiany wsteczne, obojętne już dla całości ustroju. Jedni, nawet w razie wyraźnych objawów błędnikowych, ograniczają się zrazu tylko do wykonania operacyi doszczętnej i dopiero, jeżeli po tym zabiegu objawy podrażnienia błędnika trwają dalej, otwierają błędnik. Operacya ta byłaby natychmiast wskazaną, jeżeli istnieje obawa powikłań mózgowych, lub jeżeli się one już dają stwierdzić. Przy stwierdzeniu lub przy podejrzeniu co do sprawy ropnej błędnika, ale sprawy bez objawów, powyżsi otyatrzy również ograniczają się tylko do operacyi doszczętnej, sprawa ropna bowiem w błędniku i ślimaku może ustąpić. Drudzy, radykalniejsi, tak w jednym jak i w drugim przypadku wykonują odrazu otwarcie i usunięcie błędnika.

W sześciu przypadkach spotkaliśmy się z bardzo wyraźnymi objawami podrażnienia błędnika. Drżenie gałek ocznych, zawroty głowy, bezład błędnikowy, nudności, wymioty, były to najwydatniejsze objawy zapalenia błędnika. Objawy te po operacyi doszczętnej ustąpiły, tak, iż nie było przyczyny wkroczenia operacyjnego. W jednym z tych przypadków, równorzędnie z objawami błędnikowymi, wystąpiły i objawy zapalenia opon. U chorego ograniczyłem się do operacyi doszczętnej; chory w 12 godzin po operacyi zmarł wśród objawów zapalenia opon. W dwu przypadkach widocznej podczas operacyi przetoki, wiodącej do kanału półkolistego poziomego, kanał ten otwarłem; w obu tych przypadkach wyleczenie. U dwu wreszcie chorych, u których wykonałem operacyę doszczętną z powodu perlaka, zauważyłem odsłonięcie kanału poziomego błoniastego.

Odsłonięcie przewodów półkolistych możemy wykryć tak zwaną (choć niesłusznie) próbą przetokową. Polega ona na zgęszczaniu i rozrzedzaniu powietrza w przewodzie zewnętrznym. Występuje wtedy zwykle bardzo wyraźne drżenie oczu, przy zagęszczaniu zwykle w stronę ucha bada-

nego, przy rozrzedzaniu w stronę przeciwną. Ponieważ najczęściej ulega odsłonięciu kanał poziomy, drżenie ócz będzie poziome. Ważną jest t. zw. próba cieplikowa, przy której użyciu wykazać można nietylko zupełne zniszczenie błędnika, ale tak obniżenie, jak i wzmożenie jego sprawności. Zniszczenie jednego, a nawet obu błędników, zwykle po upływie pewnego czasu nie daje żadnych objawów podmiotowych, czynności te obejmuje móżdżek. Objawy zaburzenia równowagi mogą być również wywołane zmianami w móżdżku. Zróżniczkowanie, czy zaburzenia równowagi pochodzą od zmian w błędniku, czy móżdżku, natrafia często na bardzo znaczne, często na niedające się przezwyciężyć trudności. W tym kierunku daje nam nieraz ważne wskazówki próba wskazywania palcem (Baranyego Zeigeversuch).

Co do techniki operacyjnej, to stosowaliśmy metodę Zaufala. Zaledwie w kilku przypadkach, i to więcej dla zapoznania się z tą metodą, niż dla potrzeby, stosowałem metodę Stackego. Przy dokładnej znajomości anatomii ucha, przy pewnej wprawie, którą się nabywa, odpada, można powiedzieć prawie zupełnie, obawa operacyjnego urazowego zniszczenia nerwu twarzowego z następstwem porażenia twarzy. Jak wspomniałem powyżej, wśród 75 przypadków antrotomii ani razu nie zraniono nerwu twarzowego.

Na 85 przypadków operacyi doszczętnej w dwu przypadkach wystąpiło po operacyi stałe porażenie nerwu. W jednym z tych przypadków przerwano nerw przy skrobaniu łyżeczką. Cierpienie ucha było gruźliczem, obok rozległej ziarniny było próchnienie kości, które obejmowało i ścianę kanału nerwu i to w ramieniu dolnem, odsłaniając ją prawie zupełnie. Przy nieco za energicznym ruchu łyżeczki przerwano nerw. W drugim przypadku przy oddłutowywaniu t. zw. ostrogi zmiażdżono nerw; chodziło tu o próchnienie kości na tle perlaka. W trzecim przypadku wystąpiło czasowe porażenie, ustąpiło ono zupełnie w przeciągu 6 tygodni. Czwarty przypadek zasługuje na uwagę. Z powodu perlaka wykonałem operacyę doszczętną. Po operacyi porażenie nerwu twarzowego. W tym właśnie czasie opisał doc. Radliński metodę szycia nerwu, którą kilka razy wykonał na zwłokach. Przypuszczając przerwanie nerwu, nie mając osobistego doświadczenia pod tym względem, zaprosiłem kol. Radlińskiego do zeszycia nerwu. Tymczasem po otwarciu kanału okazało się, iż część tylko włókien uległa przerwaniu, tak, iż przypuszczać należało, iż porażenie jest tylko czasowe. Kol. Radliński nie zeszywał też nerwu, lecz tylko w kanał włożył odcinek nitki katgutowej. Chora ta zmarła wśród objawów niedomogi serca. Że długotrwałe ($1^1/_2$ godziny) uśpienie szkodliwie wpłynęło tu na czynność serca, nie ulega wątpliwości. A zarzut tem większy muszę sobie zrobić, iż operacya ta najprawdopodobniej była niepotrzebną, badanie odsłoniętego nerwu przemawiało za tem, iż czynność jego się wróci. Przypadek ten jest przestrogą, że z odsłonięciem nerwu nie należy się spieszyć i że zabieg odpowiedni powinien być wykonany dopiero wtedy, gdy mamy już pewność zupełnego przerwania ciągłości nerwu.

W czterech powyższych przypadkach, dwukrotnie operowałem ja sam, dwukrotnie lekarze pracujący na klinice. Odsetek porażenia operacyjnego jest więc bardzo mały, 2 przypadki na 160, i to przypadków nieraz bardzo ciężkich, gdzie warunki operacyjne były nieraz bardzo trudne. Ale i powyższe przypadki wystąpiły w pierwszych dwu latach; w ostatnich dwu latach nie było już żadnego przypadku operacyjnego porażenia nerwu. Z tego widzimy, że przy doszczętnej operacyi porażenie nerwu twarzowego wprawdzie jest możliwe, ale odsetek tak mały, iż przed operacyą o tem właściwie myśleć zupełnie nie powinniśmy. W klinice odsetek może okazywać różne wahania, ale tylko z tego względu, iż operacyę tę niejednokrotnie wykonywać muszą lekarze czasem początkujący.

I przy operacyi doszczętnej używałem przeważnie cięcia łukowatego poza uchem. W tych samych warunkach, co i przy antrotomii, używałem cięcia płatowego, podanego przez Kadera. Przy rozległych bardzo ropniach, sięgających nieraz wysoko ku górze, ku przodowi lub tyłowi, były wskazane niejednokrotnie cięcia dodatkowe. W przypadkach tych zeszywałem tylko część rany. W przypadkach, gdzie poza zmianami w kości i błonie śluzowej innych zmian nie było, stosowałem plastykę wedle metody Stackego, Pansego lub Körnera. Ale i wtedy niezawsze zupełnie ranę zeszywałem, czasem pozostawiałem sam dolny kącik wolny, przez który wprowadzałem cienki seton, który atoli usuwałem już przy pierwszym opatrunku, odtąd wprowadzając gazę już tylko przez przewód zewnętrzny. Przy powikłaniach plastyka nie jest wskazana.

Z 85 powyższych przypadków, 36 razy powodem operacyi doszczętnej były zmiany, ograniczające się do błony śluzowej, kości, do ropni pozamałżowinowych. W tych 36 przypadkach, 4 razy zejście śmiertelne z powodu rozlanego zapalenia opon miękkich. Punktem wyjścia był najprawdopodobniej błędnik, którego zmiany atoli przebiegały bez objawów.

W pozostałych 49 przypadkach mieliśmy najrozmaitsze powikłania. Niejednokrotnie operowałem już wśród objawów rozlanego zapalenia opon, ropnicy, ewentualnie posocznicoropnicy. Niejednokrotnie znajdowałem równocześnie prawie wszystkie możliwe powikłania, jak ropień zewnątrzoponowy, ropienie w zatoce lub żyle z przerzutami w płucach, ropień mózgu, wreszcie ropne zapalenie opon miękkich. Poniżej zajmuję się powikłaniami, osobno poświęcając kilka słów t. zw. perlakowi. Na te właściwie 49 przypadków, przypada 20 śmiertelnych. Jak wdzięczny teren stanowi leczenie operacyjne, wynika z rozdziałów następnych. Jeszcze przed niedawnym czasem lekarz wobec rozpoznania n. p. zapalenia opon stał bezsilny, obecnie w stosunkowo znacznym odsetku tego rodzaju przypadków chorego drogą operacyjną możemy uratować.

Perlak (cholesteatoma).

Cierpienie to spotykamy w przebiegu przewlekłego, ropnego zapalenia ucha środkowego. Polega ono na przejściu naskórka błony bębenkowej lub przewodu zewnętrznego na chorą śluzówkę ucha środkowego. Najczęstszym warunkiem powstania perlaka jest albo przedziurawienie błony bębenkowej lub też zrośnięcie się wciągniętej ku wewnątrz rękojeści młoteczka ze ścianą wzgórka (promontorium). Masy naskórka odśrodkowo bujającego częściowo się oddzielają i zostają albo samodzielnie, lub też przy przestrzykiwaniu ucha usuwane na zewnątrz. Rozwijając się atoli w wązkich przestrzeniach ucha środkowego, szczególnie w uchyłku nad-

bębenkowym, w jamie sutkowej i komórkach sutkowych, wywołują one zanik uciskowy kości, tak że z czasem ścianki, oddzielające poszczególne przestrzenie, ulegają zupełnemu zniszczeniu, powstaje jedna jama, sięgająca ku tyłowi i ku górze aż do opon mózgowych. Perlak taki przeważnie ulega rozpadowi i to posokowatemu, wywołującemu obok próchnienia i obumierania kości, ropne, częściej posokowate zapalenie śluzówki, ropnie zewnątrzoponowe, zmiany w zatokach, oponach miękkich, tkance mózgowej i t. d.

Rozpoznanie perlaka w nieznacznej tylko liczbie przypadków jest łatwe i pewne. Bardzo często kryje się on poza obrazem przewlekłego ropnego zapalenia ucha środkowego wraz z jego powikłaniami. Na 160 przypadków operacyjnych, obserwowanych przezemnie, w 16 przypadkach stwierdzono perlaka. Zaledwie w 2 przypadkach otwór w błonie bębenkowej był przybrzeżny i to w błonie Shrapnella, w 2 przypadkach otwór usadowiony był w środku błony bębenkowej. W pozostałych 14 przypadkach albo błona była zupełnie zniszczona, cała jama wypełniona ziarniną, lub też opadnięcie ściany tylnogórnej nie pozwalało na dokładne obejrzenie błony. Typowe masy perlakowe zaledwie w kilku przypadkach można było widzieć. Poza niewinnem przedziurawieniem, i to jeszcze niezawsze przybrzeżnem, ileż razy kryje się rozpadający perlak ze złośliwemi powikłaniami.

Z zewnętrznego więc badania nie można przeważnie ocenić, jak daleko sprawa chorobowa się posunęła. Objawy odpowiadają zwykle objawom przewlekłego ropnego lub posokowatego zapalenia ucha. W 4 przypadkach wyrostek sutkowy nie okazywał przy badaniu żadnych zmian, w innych przypadkach spotykaliśmy obrzmienie, bolesność wyrostka, przebicie skóry, i to czasem w kilku punktach, próchnienie blaszki zewnętrznej, i to czasem bardzo rozległe. Opadnięcie ściany górnotylnej stwierdzono w 8 przypadkach, w kilku przebicie lub nawet zupełne zniszczenie ściany górnotylnej. Odpowiednio do tych zmian spotykaliśmy podczas operacyi czasem bardzo rozległe zmiany w kości, a mianowicie zniszczenie kości. W 4 tylko przypadkach zmiany ograniczały się do kości. W 6 przypadkach operacya wykazała ropień okołozatokowy, w jednym obok tego zakrzep w zatoce. U jednego chorego rozpadający się perlak wywołał porażenie nerwu twarzowego. Podczas operacyi odkryto jamę, łączącą szeroko ucho środkowe z jamą sutkową i wrzynającą się głęboko w kość skalistą, z otwarciem kanału półkolistego poziomego; po usunięciu mas perlakowych z kanału poziomego popłynęła obficie limfa; kość ponad jamą sutkową była zbita, twarda. W 11 przypadkach operacya dała wynik dodatni. W 5 przypadkach cierpienie zakończyło się śmiercią. W jednym przypadku po operacyi wystąpiło porażenie nerwu twarzowego.

O przypadku tym wspominałem obszerniej powyżej. Chora ta zmarła wśród objawów osłabienia czynności serca. Dwu chorych zmarło wśród objawów rozlanego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych. Jeden z nich operowany był już przy wyraźnych objawach zapalenia, a mianowicie porażenia nerwu twarzowego, okoruchowego, sztywności karku, zwolnienia tętna do 60. W przypadku drugim operacya wykryła rozległy ropień nadoponowy (epiduralny), obumarcie opony twardej, ropne zapalenie opon miękkich, zakrzep sposoczały w żyle. Śmierć wśród objawów rozlanego zapalenia opon i zapalenia płuc i opłucnej. W przypadku czwartym sekcya wykazała ropnicę z przerzutami w obu płucach, ropny zakrzep zatoki poprzecznej i skalistej, ostre zapalenie nerek. Obok operacyi doszczętnej otwarto zatokę poprzeczną. W przypadku piątym rozpoznanie sekcyjne (prof. Ciechanowski) brzmiało: »Septicopyaemia ex otitide media sin. Operatio radicalis propter otitidem med. sin. Residua trombophlebitidis ichorosae sinus sigmoidei sinistri. Abscessus epiduralis ad os tympani sinistrum. Meningitis ichorosa circumscripta ad basim cranii. Abscessus ichorosus superficialis hemisphaerii sin. cerebelli et lobi temporalis sin. cerebri. Abscessus septici dispersi pulmonis utriusque. Perforatio unius abscessuum ad cavum pleurae dextrae. Pyopneumothorax dexter«. Zabieg operacyjny polegał na operacyi doszczętnej, otwarciu ropnia, otwarciu zatoki i usunięciu zakrzepu.

We wszystkich czterech ostatnich przypadkach już podczas operacyi zmiany były tak rozległe i tak daleko posunięte, iż o zatrzymaniu sprawy chorobowej nie było mowy.

Już powyższa, choć nieznaczna statystyka przekonuje nas o ciężkości cierpienia, zwanego perlakiem. Nic też dziwnego, iż rozpoznanie tegoż cierpienia łączy się ze wskazaniem do operacyi doszczętnej; do samego otwarcia tylko jamy sutkowej nie wolno się nam ograniczać. Ale nie ma reguły bez wyjątku. Natura sama w niektórych przypadkach wyręcza lekarza. Sprawa chorobowa, rozwijając się powoli, może wywołać zniszczenie ściany tylnej, odsłonięcie uchyłka nadbębenkowego, wyrównanie wszelkich nierówności w wyrostku, tak, że przy badaniu widzimy rozległą jamę o ścianach równych, gładkich; przy równoczesnym zupełnym braku błony bębenkowei, jamę tę dokładnie możemy oglądnąć. Wprawdzie i w tej fazie wytwarzają się jeszcze masy łuszczącego się naskórka, jednak niebezpieczeństwa już teraz niema, tylko w zamkniętej bowiem przestrzeni tworzący się perlak grozi zanikiem uciskowym kości.

Przy tworzeniu się perlaka w uchyłku nadbębenkowym (atticus) i do niego ograniczonym perlaku, w niektórych przypadkach możemy się ograniczyć do rozszerzenia otworu w błonie Shrapnella, ewentualnie do wycięcia jej, do równoczesnego usunięcia młoteczka i kowadełka, nawet bez ich schorzenia, a to dla uzyskania zupełnie swobodnego odpływu ropy, do usunięcia mas perlakowych, do wyskrobania uchyłka łyżeczką, i do zachowawczego następowego leczenia, t. j. przestrzykiwania uchyłka alkoholem. Czynimy to jednak z tą świadomością, że prawdopodobnie zabieg ten nie wystarczy i że wcześniej czy później dojdzie do operacyi doszczętnej. Zabieg ten wykonujemy tylko przy braku wszelkich objawów, wskazujących na powikłania, u chorych, którzy mogą być pod ciągłą opieką lekarską, wreszcie zmuszeni jesteśmy do tej próby albo u ludzi wyniszczonych jakąś inną chorobą, lub u ludzi, niechcących się w żaden sposób zgodzić na operacyę doszczętną.

Co do objawów podmiotowych, to częściej, aniżeli w zwykłych ropnych zapaleniach, spotykamy się z bólem głowy, ciężkością głowy, niechęcią do pracy, ogólną prostracyą. Objawy te spotykałem w przypadkach perlaków bez wszelkich powikłań. Przy ropniach oponowych,

zakrzepach i t. d. nie byłyby te objawy już niczem charakterystycznem.

Ropień zewnątrzoponowy (abscessus epiduralis, pachymeningitis externa).

Cierpienia te spotykamy tak przy ostrych, jak i przy przewlekłych ropieniach uszu. Stosunkowo nawet często wytwarzają się te ropnie w przebiegu ostrego zapalenia uszu, żeby jednak ropnie te były częstsze, niż przy zapaleniu przewlekłem (Heine), temu już nawet na podstawie własnego doświadczenia stanowczo się muszę sprzeciwić. Przy ostrych zapaleniach na tle płonicy, grypy, odry, jeszcze się najczęściej z niemi spotykamy. Zmiany w kości, sięgające aż do opony, wywołują zakażenie opon wprost przez ciągłość (i to na rozlanej lub na ograniczonej przestrzeni) lub też ropienie przenieść się może drogą kanałów kostnych. Ropnie te spotykamy częściej w jamie czaszkowej tylnej, niż w środkowej, w przypadku pierwszym występują one jako ropnie okołozatokowe. W jamie czaszkowej środkowej spotykamy je zwykle ponad stropem jamy bębenkowej (tegmen tympani). Objawy, które daje ropień zewnątrzoponowy, przeważnie są tego rodzaju, iż rozpoznanie cierpienia tego w znacznej większości przypadków jest niemożliwe. Rokowanie jest dobre, zabieg chirurgiczny polega na usunięciu ogniska pierwotnego w uchu, odsłonięciu ropnia. Przy złośliwych zakażeniach lub długotrwałym przebiegu cierpienia sprawa zapalna ze ściany zewnętrznej przenieść się może na wewnątrz, wywołując niebezpieczne już zapalenie wewnętrzne opony twardej lub ropne zapalenie opon miękkich. Przy ropniu okołozatokowym istnieje zawsze niebezpieczeństwo, iż sprawa zapalna wywoła w zatoce zakrzep przyścienny lub zatykający. Przy zmianach ropnych w zakrzepie przychodzi do ciężkiego, bardzo często śmiertelnego powikłania, t. j. do ropnicy. Treść ropnia może być albo czysto ropną lub też posokowatą. Ale nawet i posokowate ropnie, zewnątrzoponowe, dają rokowanie dobre. Statystyka nasza wykazuje 28 ropni zewnątrzoponowych, z tych 11 bez powikłań. Z tych 11 przypadków wytworzył się ropień 5 razy w przebiegu ostrego zapalenia ucha, 6 razy w przebiegu zapalenia przewlekłego. W 8 przypadkach był to ropień okołozatokowy, w 2 ponad stropem jamy bębenkowej, t. j. w jamie czaszkowej środkowej, w jednym wreszcie przypadku w okolicy wyniosłości kanału półkolistego górnego (eminentia canalis semicircularis superioris). W ostatnim tym przypadku ropień otwarto, chory jednak zginął z powodu rozlanego zapalenia opon. To był jedyny przypadek zejścia śmiertelnego z tych 11 przypadków niepowikłanych. W reszcie przypadków ropień pozaoponowy wikłał się z najrozmaitszemi innemi zmianami, które w przypadkach zejścia śmiertelnego były tegoż przyczyną. Kość oddłutować zawsze musimy aż do miejsca, w którem opony już żadnych zmian nie przedstawiają. I w naszych przypadkach żadnych objawów wskazujących na to cierpienie nie było. Dno oka przedstawiało się zawsze prawidłowo, również i innych objawów wskazujących na zwiększenie ucisku nie było.

Zakrzepy.

Następstwem zmian zapalnych w ścianie zatoki są bardzo często zakrzepy zatoki. Zmiany zapalne w ścianie zatoki poprzecznej, które napotykamy w przebiegu ropni zewnątrzoponowych, nie w każdym przypadku wywołują wytworzenie się zakrzepu; w każdym jednak razie w tych przypadkach musimy baczną uwagę zwrócić na zatokę. Rozpoznanie zakrzepu w zatoce, opuszce lub w samej żyle szyjnej czasem jest łatwe, w innych przypadkach bardzo trudne. Rozpoznamy zakrzep, jeżeli w przebiegu ropienia ucha nagle wystąpi gorączka ropnicza z dreszczami i równoczesnem wytworzeniem się przerzutów, lub też, jeżeli na podstawie wysokiej, nieprzerywanej gorączki i z ciężkich objawów ogólnych przyjąć musimy ogólne zakażenie septyczne. W innych przypadkach rozpoznanie albo będzie niepewne, lub też nawet zupełnie niemożliwe. Objaw Griesingera i Gerhardta jest niepewny, to samo tyczy się i wyczuwania żyły szyjnej na szyi. Wyczuwalność tej żyły wyraźnie wystąpi dopiero wtedy, gdy pod wpływem sprawy zapalnej w samej ścianie żyły i jej otoczeniu, ściany żyły ulegną zgrubieniu, w otoczeniu zaś jej powstanie naciek. Objawu tego nie zauważyłem ani razu. Również tętnienie zatoki nie jest objawem pewnym, może ono być udzielone przez przekrwioną oponę twardą móżdżku.

W jednym z ostatnich przypadków, przezemnie operowanych, zatoka zewnętrznie wyglądała zupełnie prawidłowo, tętnienie było bardzo wyraźne, tymczasem sekcya wykazała zakrzep przyścienny, ropnie zmieniony. Przy zakrzepie szczelnie zamykającym światło naczynia, szczególnie przy zmianach wstecznych w zakrzepie, ściana naczynia będzie zapadnięta, rozpoznanie łatwe. Zgrubienie ściany zatoki niezawsze łączy się z zakrzepem. Jeszcze trudniej jest odróżnić zakrzep niezłośliwy od ropnie zmienionego. Jest to rzeczą ważną, gdy bowiem przy zwykłym zakrzepie ograniczamy naszą czynność do usunięcia ogniska pierwotnego, to w razie zakrzepu ropnego musimy zatokę lub żyłę otworzyć, zakrzep usunąć. Zakrzepy pierwszego rodzaju w podanych warunkach ulegają zorganizowaniu. Doświadczenie przekonuje nas, iż gdy nawet operujemy już przy pierwszych objawach ropnicy, to często z usunięciem ogniska pierwotnego ustępują objawy zakrzepu. Rozróżnianie zakrzepów niezłośliwych i ropnych jest czysto empiryczne, badania bakteryologiczne bowiem dowodzą, iż także w przypadkach zakrzepów niezłośliwych napotykamy mikroby zwykle tak w ścianach zatoki, jak i w zakrzepie, ilość ich jednak jest nieznaczna. Przy wyraźnych objawach ropnicy lub bakteryemii wskazanie otwarcia zatok jest ścisłem; gdy poniższe próby nie dają nam rozpoznania, przystępujemy do nakłucia lub otwarcia zatoki. Nakłucie próbne przy zakrzepach przyściennych daje często wynik niepewny. Najpewniejsze wyniki daje otwarcie zatoki. Przy zakrzepach przyściennych obfite krwawienie występuje po nacięciu zatoki, nie pozwala nieraz na ich rozpoznanie. Do pewnego rozpoznania zakrzepów przyściennych posługujemy się metodą Whitinga i Meiera. Po odsłonięciu zatoki uciskamy ją najpierw w kierunku ku dołowi, poczem wsuwamy tampon uciskający pomiędzy ścianę zatoki a kość, następnie przez przesunięcie palca wzdłuż zatoki ku górze wyciskamy z tego odcinka krew i znowu od góry uciskamy żyłę tamponem; w ten sposób kawałek zatoki żylnej uwalniamy od krwi, teraz dopiero nacinamy zatokę i badamy co do obecności zakrzepu. Byłaby to metoda najpewniejsza, jednak nie powinno się jej nadużywać, tak ze względu na możli-

wość wytworzenia się następowego zakrzepu, jak i ze względu na to, że po usunięciu tamponów, płynąca krew może porwać kawałki zakrzepu i przenieść je do ogólnego obiegu krwi. Wogóle metod tych należy używać ostrożnie, nigdy bez ścisłego wskazania. Już samo odsłonięcie zatoki nie jest zabiegiem obojętnym. W dwu naszych przypadkach po odsłonięciu zatoki, następowo dopiero wytworzył się zakrzep, i to w jednym ropny. Przekonałem się o tem, operując chorych powtórnie. Obaj chorzy wyzdrowieli, z powodu atoli objawów ropnicy u jednego z nich musiałem otworzyć zatokę i zakrzep usunąć. Przy wykonywaniu operacyi doszczętnej w jednym przypadku zraniono zatokę prawidłową, czego następstwem był zakrzep. Również w dwu przypadkach po nacięciu próbnem zdrowej, jak się okazało, zatoki, następowo wystąpił zakrzep ropny, który znowu trzeba było usunąć.

Leczenie chirurgiczne w razie istnienia zakrzepu polegało na nacięciu i opróżnieniu zatoki łyżeczką, przyczem starałem się dojść do płynnej krwi, i to nawet w takich przypadkach, gdy w częściach obwodowych natrafiałem na zakrzep czerwony. Niektórzy w tych przypadkach radzą usunąć tylko zakrzep ropny, obwodowy zaś zakrzep czerwony pozostawić jako tamę, by części ropne nie dostały się do ogólnego obiegu krwi. Teoretyczna ta możliwość z doświadczeniem praktycznem zupełnie się nie zgadza. W przypadkach zakrzepu, zamykającego szczelnie światło zatoki, leczenie nasze polegało na usunięciu bocznej ściany zatoki i na usunięciu zakrzepu. W niektórych przypadkach spotykaliśmy zniszczenie ścian zatoki, tak, że płyn ropny lub posokowato ropny wprost wydobywał się z zatoki. Ściany zatok w tych przypadkach bywają poszarpane, brudno zielonawe. Najczęściej obraz ten spotykałem w przebiegu rozpadającego się perlaka.

Jeszcze trudniejsze jest rozpoznanie przyściennego zakrzepu w opuszce żyły. Leczenie polega na podwiązaniu żyły szyjnej. Zakrzep zamykający szczelnie światło opuszki, łatwiej już rozpoznać; służą do tego metody Whitinga i Manna.

W jednym przypadku, operowanym przezemnie, w przebiegu operacyi stwierdziłem ropień okołozatokowy, zatoka przedstawiała się jako postrzępiony pasek, wypełniony organizującym się skrzepem, w dole zatoki zakrzep zropiały. Usunąłem ścianę boczną zatoki, usunąłem zakrzep, a ponieważ od dołu nie dotarłem do płynnej krwi lub zdrowo wyglądającego zakrzepu, przeto wedle metody Vossa odsłoniłem całą opuszkę, otwarłem ją, usunąłem jej boczną ścianę i w ten sposób dopiero dotarłem do płynącej krwi. Chory ten niestety umarł wśród objawów rozlanego zapalenia opon.

Podwiązanie żyły szyjnej wewnętrznej polecają niektórzy zasadniczo, jako operacyę przedwstępną przed otwarciem zatoki, drudzy wskazanie to znacznie ograniczają, inni wreszcie wogóle je odrzucają. Na podstawie własnego doświadczenia klinicznego, szczególnie atoli na podstawie badania sekcyjnego, uważam podwiązanie żyły szyjnej wraz z jej wycięciem za zabieg poważny, który atoli w pewnych ściśle ograniczonych przypadkach powinien być dokonany. W tym przypadku zgadzam się z Heinem, który powiada: Podwiązanie żyły szyjnej wewnętrznej jest bez zastrzeżeń wskazane przy pierwotnym albo następowym zakrzepie opuszki, zamykającym światło, zakrzepie, który wywołał ogólne zakażenie ropne i przy istniejącym już zakrzepie samej żyły; operacya żyły powinna być dokonana przed otwarciem zatoki, obok tego musi być otwartą i opuszka.

W jednym przypadku spostrzegłem zakrzep zatoki jamistej. Voss jeden przypadek taki operował wedle metody Krausego, Lewera; chory umarł na zapalenie opon.

Ropnie mózgu.

Jednym z bardzo ważnych czynników etyologicznych ropni mózgu są cierpienia uszu, a mianowicie sprawy ropne ucha. Niektórzy podają nawet, iż 40—50% ropni mózgu wytwarza się na tle ropnego zapalenia ucha, wedle innych odsetek ten jest niższy. Statystyka nasza jest zbyt jeszcze mała, by z niej wyciągnąć pewne wnioski. Na 160 przypadków operowanych stwierdziliśmy 9 ropni, usadowionych głębiej w mózgu, 2 ropnie powierzchowne, jeden móżdżku, jeden móżdżku i płatu skroniowego. Odliczając ropnie powierzchowne, spotkaliśmy w 5 przypadkach ropień płatu skroniowego, w 4 ropień móżdżku.

Objawy ropnia mózgu zależą 1) od sprawy ropienia, 2) od cierpienia tkanki mózgowej, 3) od przyczyny ropienia, t. j. od choroby pierwotnej. Objawy te będą różne, zależnie od okresu cierpienia. Do najważniejszych ogólnych objawów należą: 1) zwiększenie się ucisku mózgu, 2) ból głowy, objaw zwykle najczęstszy i najwcześniejszy, 3) bolesność czaszki w miejscu odpowiadającem ropniowi, i to przy ucisku lub opukiwaniu, 4) wymioty, zwykle na szczycie bólu głowy, niezależnie od przyjmowania pokarmów, 5) zawrót głowy, bezład (ataxia) móżdżkowy, 6) drgawki, 7) niepokój, podniecenie, 8) zwolnienie tętna, 9) zapalenie nerwu wzrokowego lub brodawka zastoinowa.

Zmiany ciepłoty ciała zależą od sprawy ropienia. Ciepłota ciała może być 1) prawidłowa i to podczas całego przebiegu cierpienia, 2) podwyższona, 3) niższa od prawidłowej i to aż do 35·5. Oczywiście tylko ciepłota niższa od prawidłowej, o ile ją stwierdzamy, jest szczegółem, przemawiającym wybitnie za cierpieniem mózgu; ciepłota podwyższona tylko wtedy może przemawiać za ropniem w tkance mózgowej, jeżeli zdołamy wykluczyć wszelką inną przyczynę, co przy przewlekłych ropieniach uszu wraz z powikłaniami, nie dającemi się często rozpoznać, bywa rzeczą bardzo trudną.

Objawy ropnia mózgu będą różne, odpowiednio do okresu cierpienia. Przebieg ropnia możemy podzielić na 4 okresy: okres początkowy, okres cierpienia ukrytego, okres cierpienia jawnego, okres końcowy.

Objawy ogniskowe zależeć będą od siedziby ropnia. Jeżeli uwzględnimy, że w przebiegu przewlekłego ropnego zapalenia ucha środkowego poza ropniem tkanki mózgowej mogą występować i najczęściej występują najrozmaitsze powikłania, to łatwo zrozumieć, jak trudnem, w niektórych przypadkach wprost niemożliwem, jest rozpoznanie ropnia mózgu. Do powikłań takich, poza któremi kryje się ropień mózgu, należą ropnie zewnątrzoponowe, surowicze zapalenie opon mózgu, wreszcie zakrzepy ropne lub posokowate zatoki poprzecznej lub żyły szyjnej.

Na pięć przypadków ropni płatu skroniowego, w dwu przypadkach ropień rozpoznano przed operacyą i operowano z wynikiem dodatnim. Operowani mają się dotych-

czas zupełnie dobrze. W jednym przypadku przypuszczano wprawdzie ropień mózgu, wykonano nakłucie, jednak bez wyniku, dopiero sekcya wykryła przyczynę nieznalezienia ropnia.

W dwu innych przypadkach ropień płatu skroniowego ukrywał się poza innemi powikłaniami, nie dając żadnych objawów. Przypadki te zasługują na krótki przynajmniej opis.

I. D. 14. VI. 1910 zgłosił się I. D., 13-letni uczeń gimnazyalny, podając, iż od szeregu lat cierpi na ropienie z ucha prawego; w ostatnich kilku tygodniach miał wystąpić silny ból głowy po stronie prawej, śpiączka. Badanie wykazało zupełny brak błony bębenkowej, w jamie bębenkowej ziarnina, utrudniająca odpływ ropy. Badanie tętna wykazuje arytmię i zwolnienie tętna od 54—60. Ciepłota podwyższona, w dniu przyjęcia 38°, w dniu następnym 38·5°. Tętno i tego drugiego dnia zwolnione do 60. Źrenice oddziałują dość leniwo. Dno oka zmian nie przedstawia. Ucho lewe bez zmian. Rozpoznanie brzmiało: Przewlekłe ropne zapalenie ucha prawego z następową martwicą kości, wytworzenie się ziarniny i najprawdopodobniej ropienie płatu skroniowego. Przy operacyi doszczętnie dokonanej 16. VI. 1910 okazało się, iż przez blaszkę stropu jamy bębenkowej prowadzi przetoka. Po usunięciu stropu przekonałem się, iż przetoka ta prowadzi do jamy dość powierzchownej, umieszczonej w płacie skroniowym, wielkości jaja kurzego, wypełnionej obfitą ilością ropy cuchnącej. Otwór, wiodący do jamy, rozszerzyłem tępemi kleszczykami i po usunięciu ropy wprowadziłem gazę wyjałowioną. Przy następnych opatrunkach wprowadzałem do jamy sączek, owinięty gazą. Po trzech tygodniach ropienie zupełnie ustąpiło, jama wypełniła się, równocześnie z tem postępowało gojenie się rany operacyjnej. Tętno już zaraz po operacyi poprawiło się, w kilka dni po operacyi wahało się pomiędzy 80—90. Gorączka w kilka dni po operacyi ustąpiła. Od czasu operacyi minęło już prawie cztery lata, operowany zgłasza się od czasu do czasu na klinikę, czuje się zupełnie zdrowym; badanie ucha wykazuje tylko nieznaczne ropienie.

II. L. B. l. 49, zamieszkała w Sosnowcu. Od dzieciństwa ma niesłyszeć na ucho prawe. Ropienie od roku, od pół roku bóle głowy stałe, obejmujące tylko prawą stronę głowy. Obok tego pewna depresya, niechęć do pracy. Badanie wykazuje: brak błony bębenkowej po stronie prawej, z przodu widoczna tylko jej resztka, w tylnej górnej części jamy bębenkowej mała ziarnina, skąpa wydzielina ropna, upośledzenie słuchu bardzo znaczne. Tętno 104, od czasu do czasu wypadające. Dno oczu prawidłowe. Badanie neurologiczne z wynikiem ujemnym. Jedynym objawem, na którym opierało się moje rozpoznanie, prawdopodobnie ropnia mózgu, i to płatu skroniowego, był właściwie stały połowiczy ból głowy. Chora, nakłoniona przezemnie, poddała się operacyi doszczętnej ucha. Operacyę tę wykonałem d. 23. II. 1911. Podczas operacyi okazało się, iż kość wyrostka sutkowego jest zbita, twarda, komórek sutkowych zupełny brak, zatoka poprzeczna silnie ku przodowi położona, brak zupełnie jamy sutkowej. Po odsłonięciu uchyłka nadbębenkowego i usunięciu ściany tylnej, wyskrobaniu ziarniny łyżeczką, okazał się ubytek, i to dość rozległy, w stropie jamy bębenkowej. Przez ubytek ten można się było swobodnie dostać do jamy dość rozległej, wielkości prawie kurzego jaja. Usunąłem cały strop jamy bębenkowej, część łuski skroniowej i w ten sposób odkryłem na znacznej przestrzeni część skroniową mózgu. Poza przetoką, wiodącą do jamy, opona twarda niezmieniona. Z jamy tej nie wydobywa się żadna treść. Do jamy zakładałem tylko gazę wyjałowioną. Dopiero przy następnych opatrunkach z jamy wydobywała się skąpa ilość ropy. Po operacyi ustąpiły już w przeciągu kilku dni bóle głowy, tętno ze 104 spadło na 78, stało się regularne. Chorą tę widziałem po raz ostatni przed kilku miesiącami, stan jej zupełnie dobry.

Brak wszelkiej prawie wydzieliny w obszernej jamie płatu skroniowego tłómaczę szeroką przetoką, tak, że ropa swobodnie mogła odpływać na zewnątrz, po drugie wogóle nieznaczną prawdopodobnie ilością wydzieliny ropnej jamy.

Jak trudne w niektórych przypadkach może być wykrycie ropnia, dowodzi przypadek następujący:

III. D. 7. VII. 1910 zgłosił się na klinikę chłopak 10-letni, z objawami przewlekłego ropnego zapalenia ucha środkowego prawego, z ropniem poza uchem, obrzękiem powieki prawej. Podmiotowo ból głowy. Operacya doszczętna wykazała: cuchnącą ropę ponad wyrostkiem sutkowym, zniszczenie kości wyrostka sutkowego na bardzo rozległej przestrzeni; martwica kości sięga aż poza zatokę poprzeczną; zniszczenie całej ściany tylnej. Ku tyłowi, t. j. w kierunku móżdżku, musiałem oddłutować kość na znacznej przestrzeni, odsłaniając w ten sposób całą zatokę i część móżdżku aż do części zdrowych. W zatoce skrzep, który usunąłem i na tem zakończyłem zabieg operacyjny. Po kilku tygodniach, gdy rana wyglądała zupełnie czysto, wykonałem plastykę otworu pozausznego. Operowany opuścił klinikę jako zupełnie wyleczony. Zgłosił się dopiero d. 12. V. 1911, to jest w 10 miesięcy po pierwszej operacyi. Chory żali się na ból głowy, nudności, brak apetytu, bóle w uchu. Z tyłu poza uchem mała przetoka, jama pooperacyjna wypełniona ziarniną, przy badaniu zgłębnikiem czuć obnażoną kość. W kilka dni po przyjęciu chorego na klinikę, nagle wieczorem ciepłota podnosi się do 40°, występuje niedowład nerwu okoruchowego i twarzowego lewego; zresztą badanie fizyczne innych zmian nie wykrywa. W kilka godzin potem ciepłota opada poniżej poziomu prawidłowego, równocześnie z tem występuje zwolnienie tętna 60—66, rano zaś dnia następnego bolesność poza wyrostkiem sutkowym, objaw Brudzińskiego, Kerniga wybitny, brzuch wciągnięty, chwilami bredzenie. Wśród tych objawów rozlanego już zapalenia opon wykonałem zabieg operacyjny. Odsłoniłem na znacznej przestrzeni płat skroniowy mózgu, móżdżek. Opona twarda w miejscu odkrycia tylko nastrzykana. Kilkakrotne nakłucie płatu skroniowego, wreszcie nacięcie opony twardej i kilkakrotne wkłucie nożyka w tkankę mózgową bez wyniku. Tegoż samego dnia wieczorem chory zmarł wśród objawów rozlanego zapalenia opon. Sekcya (Prof. Gliński) wykazała: Ropne zapalenie opon miękkich, obfita ilość ropy na podstawie czaszki, nieznaczna na szczycie. Opony twarde w miejscu operacyjnego ich odsłonięcia poza lekkiem przekrwieniem innych zmian nie przedstawiają. W płacie skroniowym prawym jama rozmiękczynowa, wielkości małego jaja kurzego. Jama ta wypełniona jest skrzepem ciemno-czerwonym, zbitym, twardym, częściowo złączonym z tkanką mózgową.

Dlaczego w tym przypadku tak nakłucie jak i wbicie nożyka nie dało dodatniego wyniku, łatwo można z obrazu sekcyjnego zrozumieć.

Zarzut, iż operacya wobec rozlanego zapalenia opon była tu przeciwwskazana, byłby niesłuszny. O sprawie tej będę miał sposobność pomówić przy opisywanych przezemnie przypadkach t. zw. ostrego surowiczego zapalenia opon i mózgu (meningo-encephalitis serosa acuta).

IV. Chory 27-letni zgłasza się na klinikę d. 15. III. 1910 z objawami zapalenia opon. Badanie ucha wykazuje przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego lewego, obfitą ziarninę. Chory napół przytomny, chód jego bezładny (ataktyczny), bezład jednak nie o typie móżdżkowym, sztywność karku, tętno wahające się, raz przyspieszone do 120, to znów zwolnione do 66, objaw Babińskiego, Kerniga, ciepłota 38. Tegoż samego dnia wykonałem operacyę doszczętną, jednak poza sprawą ropną ucha środko-

wego i jamy sutkowej żadnych innych zmian nie znalazłem.

Odkryłem na znacznej przestrzeni móżdżek, płat skroniowy mózgu, naciąłem oponę twardą ponad stropem jamy bębenkowej, nigdzie atoli zmian nie zauważyłem. Chory zmarł trzeciego dnia po operacyi wśród objawów rozlanego zapalenia opon. Sekcya wykazała, co następuje: Pachymeningitis purulenta externa circumscripta ad os petrosum sin. Abscessus ichorescens lobi temporalis sin. cerebri. Leptomeningitis septico - purulenta diffusa. Tumor lienis subacutus. Bronchopneumonia catarrhalis disseminata partis postero-inferioris pulmonis utriusque.

Jama ropnia leżała w głębokości mniej więcej 1 cm od powierzchni dolnej płatu; była ona wielkości jaja kurzego, o ścianach strzępiastych, wypełniona cieczą posokowato-ropną.

V. Chory, lat 20, przeniesiony z oddziału wewnętrznego szpitala św. Łazarza z rozpoznaniem zapalenia opon. Chory nieprzytomny, mocz i kał oddaje pod siebie; kark sztywny, głowa w tył przechylona, źrenice bardzo szerokie, oddziałują leniwo, ciepłota podwyższona. W uchu lewem przewlekłe zapalenie ropne, bolesność wyrostka sutkowego. U chorego tego wykonałem operacyę doszczętną; poza zmianami w kości innych zmian nie zauważyłem. Objawy powyżej podane powoli ustępują, tak, iż w trzy tygodnie po operacyi stan chorego przedstawia się, jak następuje: Chory zupełnie przytomny, może zupełnie swobodnie chodzić po sali, tętno prawidłowe, oddziaływanie źrenic prawidłowe, sztywność karku zupełnie ustąpiła, ciepłota prawidłowa. Operowany czuje się zupełnie zdrowym, silnym, żali się tylko na szum w uchu lewem. Rana operacyjna goi się bardzo dobrze. Nagle wieczorem po upływie 6 tygodni od pierwszej operacyi występują powtórnie objawy zapalenia opon. Doradzono operacyę, rodzina atoli nie zgadza się na zabieg operacyjny. Trzeciego dnia śmierć wśród objawów rozlanego zapalenia opon.

Sekcya (Prof. Gliński) wykazała co następuje: Pachymeningitis purulenta interna in regione tegmenti tympani. Abscessus lobi temporalis sinistri cerebri. Leptomeningitis purulenta recens ad basim cerebri.

Półkula lewa powiększona, w środkowej części płatu skroniowego lewego ropień wielkości jaja kurzego, dotykający dolnej powierzchni częścią swego obwodu; w ropniu tym ropa zielonawa, gęsta, ciągnąca się; ściana ropnia strzępiasta, otoczenie rozmiękające, zasiane drobnemi wybroczynami.

W przypadku tym pierwsze objawy zapalenia opon wywołane były przez t. zw. surowicze zapalenie opon (meningitis serosa). Po usunięciu ogniska ropnego objawy te ustąpiły. Czy w chwili pierwszej operacyi istniał już ropień mózgu, trudno powiedzieć. Do ostatnich chwil życia chorego żadnych objawów wskazujących na ogniskowe zajęcie mózgu nie było, pomimo, iż ropień był dość znacznych rozmiarów. Obraz cierpienia, wśród którego chory zmarł, odpowiadał ropnemu zajęciu opon. Punktem wyjścia ropnego zapalenia opon musiał być uchyłek nadbębenkowy. Prawdopodobnie już w chwili pierwszej operacyi, drogą najprawdopodobniej żył, sprawa ropna przeszła na oponę twardą w okolicy stropu jamy bębenkowej. Sprawa ta rozszerzała się bezobjawowo aż do wywołania zapalenia opon miękkich. Pierwsza sprawa zapalna opon była surowicza, jakkolwiek rozlana, i ustąpiła; sprawa druga polegała już na ropnem, rozlanem zapaleniu opon miękkich.

Czy operacya, wykonana z chwilą wystąpienia pierwszych objawów zapalenia, byłaby powstrzymała sprawę zapalną, trudno powiedzieć. W tej mierze bardzo ważne usługi może nam oddać nakłucie lędźwiowe.

Z 4 przypadków ropnia móżdżku nastąpiło wyleczenie zaledwie w jednym przypadku.

Przypadki te pokrótce opisuję:

I. M. R., lat 6. Zgłosił się d. 21. VI. 1911. Badanie wykazało ostre zapalenie ropne ucha środkowego lewego, ropień ponad wyrostkiem sutkowym. W przebiegu operacyi okazało się przebicie wyrostka sutkowego, martwica kości na znacznej przestrzeni, ziarnina w jamie sutkowej i bębenkowej, ropień naokoło przetoki, sięgający daleko ku tyłowi, tak, iż musiano oddłutować kość ponad móżdżkiem na przestrzeni przeszło pięciokoronówki. W zatoce krew płynna. W trzy tygodnie po operacyi, pomimo iż rana operacyjna nie była jeszcze wygojona, rodzice zabrali dziecko do domu, oddając go tam w opiekę prawdopodobnie felczerowi. Zgłaszają się z niem w trzy miesiące. Badanie wykazuje wypadnięcie móżdżku na przestrzeni, odpowiadającej ubytkowi kości. Powierzchnia móżdżku wypadniętego zupełnie obnażona, pokryta wydzieliną brudno zielonawą, silnie cuchnącą, w wydzielinie tej całe masy larw much. Na szczycie powierzchowne warstwy móżdżku obumarłe, z głębi tej części, z jamy leżącej wśród móżdżku, przy ucisku, przez wązką przetokę wydobywa się cuchnąca ropa. Zdjęto część nekrotyczną najwięcej wypukloną móżdżku, założono gazę do jamy móżdżku. Równocześnie wykonano operacyę doszczętną ucha, przyczem okazało się, iż ponad obumarłym stropem jamy bębenkowej jest ropień zewnątrzoponowy; ropa w nim cuchnąca, obok tego masy serowate. Już po kilku opatrunkach wydzielina ropna z jamy móżdżkowej ustąpiła, jama się zamknęła. Część wypadnięta móżdżku oczyściła się, części obumarłe oddzieliły się, samo wypadnięcie jednak się zwiększyło. Po zupełnem oczyszczeniu się powierzchni wypadniętego móżdżku, leczono wypadnięcie uciskiem i przypalano lapisem »in substantia«. Przy tem leczeniu wypadnięcie ustąpiło. Chory, syn nieinteligentnych rodziców, nosi tylko gazę poza uchem. Właściwie wskazaną byłaby proteza stała, ze względu na możliwy uraz z następowem łatwem zakażeniem powierzchni i samej tkanki móżdżku.

Rozpoznanie ropnia wprost uderzało w oczy. Ropień ten wypełniał część wypadniętą móżdżku. Wał ochronny, który wytworzył się naokoło wypadniętej części, nie dozwalał na zakażenie części dalszych. Godne uwagi jest łatwe oczyszczanie się posokowato zakażonej tak warstwy powierzchownej móżdżku, jak i samego ropnia; zdawaćby się mogło, iż ropień taki powinien szerzyć się, wywołując coraz większy rozpad tkanki mózgowej.

II. W przypadku drugim, dotyczącym chłopca 6-letniego, ropień móżdżku krył się poza objawami ropnicy. Przyczyną ropnicy był ropny zakrzep w zatoce poprzecznej. Celem odsłonięcia ropnia okołozatokowego i otwarcia samej zatoki musiałem na dość znacznej przestrzeni odsłonić i móżdżek, przyczem drogą przetoki dotarłem do ropnia móżdżku, który szeroko otwarłem. Śmierć w dwa dni po operacyi wśród objawów ropnicy. Sekcya (prof. Gliński) wykazała co następuje: Abscessus haemisphaerii dextri cerebelli. Leptomeningitis acuta circumscripta. Thrombophlebitis ichorosa venae jugularis dextrae. Abscessus metastatici pulmonum.

Gdyby chory zgłosił się wcześniej, operacya powyższa mogła mu uratować życie; z chwilą wytworzenia się już ropni, i to licznych, w płucach, usunięcie pierwotnego ogniska już nie wystarczało, chory musiał uledz następstwom schorzenia zatoki poprzecznej.

III. Chory. 49-letni mężczyzna podaje, iż przed dwoma tygodniami, w następstwie lekkiego zresztą uderzenia w ucho, miało u niego wystąpić krwawienie z ucha, bóle, zawroty głowy, podwójne widzenie, zataczanie się. Objawów powyższych w chwili przyjęcia już nie można było stwierdzić, pozostało ropienie i krwawienie z ucha, ból w uchu. Otoskopia wykazała przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego lewego, dużego polipa w uchu środkowem. Przy operacyi doszczętnej zauważono tylko zmiany w kości. W kilka dni po operacyi występuje podwyższenie ciepłoty do 39·3, porażenie nerwu twarzowego po stronie ucha operowanego. Ranę całą powtórnie otwarto. odsłonięto zatokę poprzeczną, nacięto ją, jednak bez wyniku. Chory zmarł w 24 godzin po drugiej operacyi wśród objawów rozlanego zapalenia opon. Sekcya (prof. Ciechanowski) wykazała co następuje: Thrombosis sinus sigmoidei sinistri. Abscessus hemisphaerii sin. cerebelli. Encephalitis circumscripta ad lobum temporalem sinistrum. Leptomeningitis purulenta universalis. Pyocephalus levioris gradus. Pneumonia lobularis lobi inferioris pulmonis utriusque. Pleuritis fibrinosa dextra. Tumor lienis acutus.

Jama w móżdżku, wielkości orzecha laskowego, wypełniona była brudną, cuchnącą ropą; w otoczeniu jej wybroczyny.

U chorego z przewlekłem ropieniem ucha, utrudnionym odpływem ropy z powodu polipa i istniejącym już najprawdopodobniej ropniem móżdżku, pod wpływem urazu wystąpiło albo ostre zapalenie błędnika, albo też zaostrzenie zapalenia już istniejącego, lecz nie dającego objawów. Za tem, że przyczyną tych objawów nie był ropień móżdżku, przemawia nagłe wystąpienie powyższych objawów, powolne ustępowanie, co odpowiada zupełnie podrażnieniu błędnika. Uraz najprawdopodobniej wywołał zaostrzenie ropienia w błędniku. Objawy tego podrażnienia zapalnego błędnika powoli ustąpiły, sprawa atoli ropna z błędnika przeszła bezpośrednio na opony miękkie, wywołując z czasem rozlane zapalenie opon. Ropień móżdżku prawdopodobnie w chwili urazu już istniał, nie można atoli wyłączyć, że uraz nie był wprost jego czynnikiem etyologicznym. Za pierwszem przypuszczeniem przemawiają wybroczyny w ścianie otaczającej ropień, które mogły powstać pod wpływem urazu. Znalezienie tak małego ropnia w razie nawet zwrócenia uwagi w tym kierunku byłoby trudne. Wskazane atoli było w tych warunkach otwarcie błędnika, a mianowicie przewodów półkolistych. Otwarcia błędnika przy pierwszej operacyi nie wykonałem, gdyż wtedy objawów błędnikowych już nie było. Zresztą, jak wiadomo, zmiany nawet ropne w błędniku często ustępują z chwilą usunięcia ogniska pierwotnego.

Sprawa to zresztą jeszcze sporna, tem bardziej, iż otwarcie błędnika jest zabiegiem poważnym.

IV. Chorego tego przywieziono już zupełnie nieprzytomnego, umierającego, z objawami rozlanego zapalenia opon. Chory zmarł w dwie godziny po przyjęciu. O żadnym zabiegu operacyjnym oczywiście mowy nie było. Sekcya (prof. Ciechanowski) wykazała: Otitis media purulenta dextra, subsequente abscessu cerebelli et leptomeningitide purulenta basilari. W móżdżku ropień wielkości niemal kurzego jaja, o ścianach strzępiastych, zajmujący całą przednią część półkuli prawej i część prawą robaka górnego.

W dwu wreszcie przypadkach spotkaliśmy t. zw. powierzchowny ropień. Tę postać opisywano pod najrozmaitszemi nazwami, jako ograniczone ropne zapalenie opon, jako ropień powierzchowny lub korowy, jako ropień śródoponowy i t. d. Najprawdopodobniej w przypadkach tych mamy ropień śródoponowy, przyczem przychodzi do powierzchownego zropienia istoty korowej mózgu. W jednym z naszych przypadków był to ropień móżdżku, w drugim móżdżku i płatu skroniowego. Obaj chorzy zmarli. U obydwu poza rozległemi zmianami w kości był ropień zewnątrzoponowy (epiduralny), posokowaty zakrzep tak w zatoce, jak i w żyle szyjnej, rozlane zapalenie opon mózgowych, w innych narządach ciała przerzuty ropne.

Co do techniki operacyjnej ropni mózgu, to najpierw wykonywałem operacyę doszczętną ucha, potem dopiero poszukiwałem ropnia w mózgu. Ten sposób operowania nieraz może wprost doprowadzić do ogniska ropnego. Obok nakłucia próbnego wykonywałem po nacięciu opony twardej próbne wkłucie nożyka do mózgu. W razie rozpoznania lub przypuszczenia zakrzepu w żyle, otwarcie zatoki stanowiło ostatni punkt operacyi.

Niekorzystne do pewnego stopnia wyniki operacyi tłómaczą się ciężkiemi powikłaniami, nie dającemi się już usunąć, z drugiej strony przeważnie albo zupełnym brakiem objawów ropnia, lub też objawami tak niewyraźnymi, tak zakrytymi przez inne powikłynia, iż o określeniu siedziby cierpienia nie było mowy.

Do niedawnych jeszcze czasów zapalenie opon miękkich na tle cierpienia ucha uchodziło za cierpienie nieuleczalne. Z chwilą, gdy rozpoznano takie zapalenie opon, uważano chorego za straconego. Doświadczenie atoli pouczyło, iż istnieją pewne postacie tego tak groźnego cierpienia, w których rokowanie jest pomyślne, gdzie w odpowiednim czasie wykonany zabieg operacyjny może chorego uratować. Przedtem przypuszczano, że zapalenie opon miękkich wiedzie zawsze do nacieku ropnego, dopiero Quincke na podstawie nakłucia rdzeniowego wykazał, że czasem spotykamy inną postać zapalenia opon, przy której stwierdza się tylko zwiększenie ilości płynu mózgowo-rdzeniowego, silniejsze nagromadzenie się tegoż płynu w komorach (t. j. t. zw. hydrops ventriculorum). Obraz tego cierpienia, zwanego surowiczem zapaleniem opon (meningitis serosa), nie jest zupełnie jasny. Cierpienie to znamy z jego przebiegu klinicznego i z obrazu, jaki spotykamy podczas operacyi. Ponieważ w niektórych przypadkach objawy cierpienia raz przemawiały za schorzeniem opon, drugi raz za schorzeniem samej tkanki mózgowej lub też były objawy zajęcia tak opon, jak i mózgu, przeto Körner przypuszcza, że prawie zawsze toczy się tu i sprawa zapalna opon i mózgu i cierpienie to zwie: »meningoencephalitis serosa«.

Rozpoznanie tego cierpienia jest bardzo trudne. Objawy raz będą odpowiadać ropnemu zapaleniu opon, kiedyindziej ropniowi mózgu. Bardzo ważnym czynnikiem w rozpoznaniu jest badanie płynu mózgowordzeniowego. Jeżeli u chorego z typowymi objawami zapalenia opon otrzymamy przy nakłuciu płyn jasny, o wysokiem ciśnieniu, wolny od prątków, to musimy myśleć o surowiczem zapaleniu opon (Heine). Ale i w tych przypadkach nie możemy wyłączyć ograniczonego ropnego zapalenia opon; zmiany w płynie byłyby wywołane działaniem toksyn. W każdym razie badanie płynu mózgowordzeniowego daje bezpośrednią wskazówkę do ewentualnej operacyi. Zwykle w tych przypadkach usunięcie ogniska pierwotnego w uchu wy-

starczy; w razie nagromadzenia się silniejszego płynu w komorach mózgowych wskazane jest ich nakłucie.

Typowym takim przypadkiem surowiczego zapalenia opon i mózgu (meningoencephalitis serosa) jest spostrzeżenie następujące:

D. 19. X. 1911 zgłosił się do kliniki neurologicznej prof. Piltza chłopiec 13-letni, syn dozorcy kopalni. Ojciec jego podaje, iż chłopiec d. 9. X. dostał napadu drgawek, które podobno rozpoczęły się od prawej strony ciała, potem objęły ręce, nogi i twarz. Podczas napadu i przez następne 4 godziny chory był zupełnie nieprzytomny. Od tego czasu po dziś dzień utrzymuje się niemota, niedowład ręki i nogi prawej, przyćmienie inteligencyi. Na klinice neurologicznej rozpoznano ropień płatu skroniowego strony lewej, ze względu na ropienie ucha lewego—na tle sprawy w uchu. Wobec tego odesłano chorego do kliniki laryngologiczno-otyatrycznej. Chory wszedł sam do kliniki, z chwilą atoli rozpoczęcia badania chorego wystąpiły drgawki. Obraz przedstawiał się, jak następuje: Chory zupełnie nieprzytomny, źrenice średnio i równomiernie rozszerzone, na światło nie oddziałują. Głowa przechylona w stronę prawą, gałki oczne zwrócone ku stronie prawej, drżenie oczu w kierunku poziomym. Drgawki toniczne obejmują kończynę górną i dolną lewą, gdy kończyny prawe, tak górna jak i dolna niedowładne, ręka prawa zwiesza się bezwładnie, obok tego drgawki mięśni twarzy obustronne, silniejsze po stronie prawej, niż po lewej, wzmożenie odruchu kolanowego po stronie prawej, niedowład w zakresie nerwu twarzowego prawego, język zbacza ku stronie prawej. Badanie uszu wykazuje po stronie lewej, objawy przewlekłego ropienia, brak błony bębenkowej, polip dość duży w przedniej górnej części jamy. Przy próbie cieplikowej, a mianowicie przy przestrzykiwaniu ucha lewego wodą o ciepłocie 20^0, drżenie oczu, już przedtem istniejące, zwiększa się.

Wśród tych objawów, wobec ciężkości cierpienia, przystąpiłem odrazu do zabiegu operacyjnego (d. 20. X. o godz. 12. w południe). Operacya doszczętna wykazała tylko zmiany rozległe w kości. Odsłoniłem część skroniową mózgu na bardzo rozległej przestrzeni, ale opona twarda nigdzie nie przedstawiała zmian. Nacięcie opony twardej również nie wykazało żadnych zmian pod oponą twardą. Przy nakłuciu mózgu, które aż do $3^1/_2$ cm wgłąb w kilku punktach wykonałem, wydobyłem tylko około 2 cm płynu surowiczego, czystego, odpowiadającego zupełnie prawidłowemu płynowi mózgowordzeniowemu.

W kilka godzin po operacyi chory się przebudził przytomny, drgawek już zupełnie nie ma, utrzymuje się niedowład ręki i nogi prawej, oraz nerwu twarzowego. Ciepłota 36·4^0, tętno 72—76. Niemota, i to ruchowa, następnego dnia po operacyi, t. j. 21. X., utrzymuje się, chory wymawia jedno słowo, t. j. »nie«. Rozumie wszystko, co się do niego mówi. Wykonane dnia tego nakłucie lędźwiowe wykazało limfocytozę.

D. 22. X. chory już niektóre wyrazy wymawia, objawy niedowładu nieco zaczynają ustępować.

D. 23. X. chory zaczyna powoli chodzić, chód jego atoli wyraźnie bezładny (ataktyczny), stopy zwrócone ku wewnątrz, przy chodzie wyraźna skłonność do upadania ku stronie lewej; jeszcze wyraźniej objaw ten występuje przy obracaniu się, przy zamkniętych oczach i staniu na nodze prawej. Objawy niedowładu powoli ustępują. Również zmniejsza się przytępienie, apatya chorego.

Objawy powyższe powoli ustępowały, tak iż po 6 tygodniach operowany opuścił klinikę zupełnie zdrowy.

Przypadek, powyżej opisany, byłby klasycznym przykładem surowiczego zapalenia opon i mózgu, z przeważającymi jednak objawami zmian w płacie skroniowym. Obok objawów silnego podrażnienia tkanki mózgowej istniały objawy poraźne, które były wynikiem najprawdopodobniej nagłego zwiększenia się ciśnienia płynu mózgowordzeniowego.

Przy ropniach mózgu w jednym, a mianowicie V. przypadku ropnia skroniowego, rozpoznawałem również surowicze zapalenie opon i mózgu. Tu objawy były wybitniejnasze ze strony opon, obraz chorobowy odpowiadał rozlanemu zapaleniu opon. Objawy te po dokonanej operacyi doszczętnej całkowicie ustąpiły.

Ale nietylko t. zw. surowicze zapalenie opon jest uleczalne, uleczalne jest także zapalenie opon ropne. Przeważnie autorzy dzielą ropne zapalenie opon miękkich na ograniczone i rozlane. Nie ulega wątpliwości, że ograniczone ropne zapalenie opon miękkich mózgu jest uleczalne. Zwykle w pobliżu obumarłej kości powstają zmiany nietylko na zewnątrz opony twardej, jako t. zw. ropnie zewnątrzoponowe (epidural), ale i na wewnątrz rozwija się naciek ropny w przestrzeni podoponowej (subdural) i podpajęczynówkowej, tak iż w następstwie tego wytwarzają się t. zw. ropnie powierzchowne mózgu. W otoczeniu takiego ogniska ropnego wytwarzają się zlepy, zrosty. Sprawa zapalna atoli może każdej chwili przerwać tę tamę i rozlać się swobodnie na powierzchni opon.

Kliniczny obraz takiego ograniczonego zapalenia opon odpowiada zupełnie rozlanemu zapaleniu. Do objawów tej sprawy należą gwałtowne bóle głowy, nudności, wymioty, podwyższenie ciepłoty, zajęcie świadomości, niepokój, sztywność karku, drgawki, porażenia i t. d. I znów tylko badanie płynu mózgowordzeniowego może nam dać pewne wskazówki. Wysnuwanie wniosków z badania tego płynu w ostatnich czasach uległo pewnej zmianie. Gdy początkowo rozpoznanie ropnego zapalenia opon uważaliśmy za pewne, jeżeli płyn był mętny, ze zwiększoną ilością leukocytów, to obecnie wymagamy jeszcze znalezienia w płynie bakteryi. Okazało się bowiem, iż nawet w przypadkach, gdzie obdukcya nie wykazała żadnych zmian na oponach, płyn mózgowordzeniowy był prawie ropny. Znajdowano to w przebiegu niepowikłanych ropni mózgu, zakrzepów posokowatych zatoki lub żyły szyjnej. Oczywiście i znalezienie bakteryi niekoniecznie jeszcze jest stanowczym dowodem ropnego zapalenia opon; w jednym przypadku (Vossa) znaleziono bakterye w płynie przy ropniu mózgu, który przebił do komory bocznej, w drugim przy zakrzepie zatoki; w obu powyższych przypadkach sekcya nie wykazała żadnych zmian na oponach. Będą to atoli w każdym razie tylko wyjątki, za regułę można uważać, iż obecność bakteryi w płynie dowodzi ropnego zapalenia opon. Co do tego, czy to zapalenie opon jest rozlane, t. j. ogólne, czy też ograniczone, to i z tego badania pewnych wniosków wysnuwać nie można. Ogólnie się przyjmuje, iż w przypadku, gdzie płyn jest nietylko mętny, ale wprost ropny i zawiera bakterye i gdzie równocześnie istnieją ciężkie objawy kliniczne, to wtedy toczy się rozlane, ogólne zapalenie opon. Cierpienie to jest już nieuleczalne.

O dwu przypadkach, odpowiadających ograniczonemu zapaleniu opon, wspomniałem powyżej. Opisałem je jako ropnie powierzchowne mózgu. Następowe ogólne zakażenie, rozlane zapalenie opon były w tych przypadkach przyczyną śmierci. Jednakże wczas operowane przypadki podobne, gdy jeszcze nie doszło do niedających się usunąć

powikłań, mogą dać rokowanie dobre. Dowodzi tego przypadek następujący:

Przypadek ten zawdzięczam kol. Prof. Lewkowiczowi. Dziewczynka 7-letnia przyjęta została do kliniki pedyatrycznej z objawami zapalenia opon. Za rozpoznaniem tem przemawiało i nakłucie lędźwiowe. W chwili przyjęcia stan był bezgorączkowy, a w dwa dni po przyjęciu ciepłota podniosła się do 39°. Badanie ucha wykazywało ropienie. Przyjmując związek etyologiczny pomiędzy obu cierpieniami, odesłał kol. Lewkowicz chorą do kliniki laryngologiczno-otyatrycznej. Badanie ucha prawego wykazywało, co następuje: Błona bębenkowa zniszczona, w uchu środkowem ziarnina i skąpa ilość ropy, wyrostek sutkowy przy ucisku bolesny. Objaw Kerniga bardzo wyraźny, sztywność karku, ciepłota 39°. Operacya doszczętna, którą wykonałem zaraz po przyjęciu chorej, wykazała w jamie sutkowej obfitą, cuchnącą ropę, komórki wyrostka szarozielonawe, wypełnione ropą, martwica kości rozległa, ropień okołozatokowy, ściana zatoki zgrubiała, czerwonawa, gdzieniegdzie pokryta strzępami włóknika. Opona twarda, brudno-zielonawa, rozłazi się pod palcem, rwie się w strzępy; w zatoce skrzep, który usunięto.

Już tegosamego dnia stan był bezgorączkowy, w przeciągu kilku zaś dni ustąpiły objawy zapalenia opon; nakłucie lędźwiowe zmian w płynie już nie wykazywało.

W przypadku tym istniał ropień zewnątrzoponowy i zakrzep w zatoce. Wobec zgorzelinowego rozpadu opony twardej przyjąć musimy i zmiany zapalne opon miękkich, najprawdopodobniej ograniczone zapalenie ropne, które przechodziło na części dalsze, jako zapalenie surowicze. Wprawdzie i ropień zewnątrzoponowy może wywołać sztywność karku, jednak nie wywoła on zmętnienia płynu mózgowordzeniowego. Obok zapalenia ropnego opon na bardzo ograniczonej przestrzeni rozpoznaję w tym przypadku także ograniczone surowicze zapalenie części dalszych opon, szybkie bardzo ustąpienie objawów zapalenia opon łatwo w ten sposób da się wytłómaczyć.

Przypadków podobnych znalazłoby się więcej; w przypadkach posokowatych zmian opony twardej nieraz równocześnie musiały istnieć i ropne ograniczone zmiany opon miękkich, które atoli po usunięciu ogniska pierwotnego mogły ustąpić.

Z kliniki laryngologicznej Prof. Dra P. Pieniążka w Krakowie

Przypadek ciała obcego w gardle i krtani

podał

A. Pachoński

W dniu 12. kwietnia 1912 r. przyniesiono do kliniki dziewczynkę Wiktoryę G., liczącą blizko 2½ lat, a pochodzącą z W. w Królestwie Polskiem.

Towarzysząca dziecku matka opowiedziała, że choroba rozpoczęła się przeszło 7 miesięcy temu w ten sposób, iż dziecko wiele kaszlało i krztusiło się przy piciu. Leczono chorą przez cały czas coraz gdzieindziej lekami, podawanymi wewnętrznie na jakiś »zaziębiony katar«, a dziecko tymczasem biedniało i wysychało. W pierwszych trzech miesiącach dziecko charczało silnie, robiło klatką piersiową, ale mogło jeszcze spać leżąco, później zaś mogło spać tylko siedząco, prawie na czworakach, przy pochyleniu głowy w dół i przed siebie i tak przebyło całe miesiące aż do chwili przyjazdu do kliniki.

W chwili przyjęcia duszność bardzo duża. Dziecko ma głowę pochyloną w dół do przodu i całe trzyma się zgięte ku przodowi. Cera ogromnie blada, ziemista; twarzyczka maleńka o skórze pomarszczonej, jakby u wiekowej staruszki. Skrzydełka nosowe rozchylają się silnie, a przez pracę oddechową wszystkich mięśni pomocniczych porusza się dziecko za każdym oddechem na rękach matki.

Chorą przyniesiono do kliniki wieczorem. Przywołany z miasta, po jednym rzucie oka musiałem zdecydować operacyę — rozcięcie tchawicy, mimo, że jeszcze zupełnie nie znałem przyczyny tej ogromnej duszności. Uderzało mię w tym kierunku najwięcej charczenie, które charakterem swym nasuwało odrazu myśl o zwężeniu gardłowego odcinka górnych dróg oddechowych — (stenosis pharyngis). Odkryłem plecy — garbu niema; kręgosłup nie przedstawia zmian; pojedyncze kręgi nie są bolesne. W gardle ściana tylna blada, błona śluzowa cienka, nie wypuklona, ściany boczne wklęsłe. Wprowadzam palec do dolnego odcinka gardła i dopiero teraz cała sprawa się wyjaśnia.

Na ścianie tylnej gardła, nieco powyżej i tuż poza wejściem do krtani, wyczuwa się guz wielkości połowy dużej śliwki lub orzecha włoskiego, w którym tkwi jakieś obce ciało, blacha, drut, czy ogniwo łańcucha. Koniec wolny tegoż ciała, nagięty, wchodzi do krtani. Bardzo znaczna duszność, która za każdem wprowadzeniem palca zmienia się na bezdech, nie pozwala na dłuższe i dokładniejsze badanie, które musi się ograniczać tylko do bardzo krótkich i szybkich dotknięć, niezbędnych dla zoryentowania się, nie pozwala zaś tem mniej na próby wyjęcia, przy których obok palca musiałoby się wprowadzić jeszcze i jakiekolwiek narzędzie.

W bardzo lekkiem uśpieniu chloroformowem wykonałem rozcięcie górne tchawicy i po wprowadzeniu kaniuli podjąłem próby usunięcia ciała obcego przez usta. Tu napotkałem jednakowoż znaczne trudności. Ciało obce było tak silnie wklinowane i obrośnięte, że delikatne przyrządy, używane do zabiegów śródkrtaniowych, wyprostowywały się, a ciało obce nie ruszało się z miejsca, w którem tkwiło; inne rozporządzalne narzędzia, silniejsze wprawdzie, ale o niedostatecznem wygięciu, czyniły długie próby i nawet forsowne stosowanie siły—bezskutecznemi. Wykonałem więc przecięcie całej krtani i dopiero po skombinowaniu działania narzędzi przez ranę i przez usta powiodło się usunąć ciało obce, złamane przytem na dwie części. Okazało się, że była to zapinka od paska spodni, t. zw. konik. Haczykiem tkwiła ona w krtani, wolnemi zaś oczkami w guzie nacieku na tylnej ścianie gardła.

Zabieg ukończyłem wprowadzeniem tamponu do krtani dla zapobieżenia zachłystywaniu się i szwami.

Dziecko blizko 2½-letnie było tak wygłodzone i długiem cierpieniem wyniszczone, że zważone w cztery dni później miało ciężar 7100 gramów, czyli co najmniej 4 kg mniej, niż średnia waga w tym wieku.

Bezpośredniem następstwem długotrwałego pozostawania ciała obcego w krtani, a bezsprzecznie także i trudnego usunięcia go, był silny odczyn w postaci obrzmienia, z powodu którego upłynęło kilka miesięcy, nim w krtani można było stwierdzić lusterkiem, wprowadzanem od strony przetoki, wąziutkie światło i nim dziecko mogło przeciągać choć z trudem powietrze drogą naturalną. Następowe zwężenie ziarninowe krtani, wymagające żmudnego leczenia (kauteryzowanie, usuwanie ziarniny drogą krwawą, rozciąganie czopkami Thosta i t. p.), i zwiotczenie tylnej ściany tchawicy, która przy każdej próbie usunięcia kaniuli wypadała w postaci grubego fałdu podłużnego, były dalszym powodem odwlekania się trwałej dekaniulacyi. Kiedy po cierpliwem stosowaniu wspomnianego wyżej postępowania uzyskano trwałe szerokie światło krtani tak, że dziecko mogło już miesiącami oddychać swobodnie dzień i noc przy kaniuli zatkanej korkiem, nastała odpowiednia chwila dla dekaniulacyi.

O głuchocie histerycznej.

Napisał
Rafał Spira.

Osłabienie zdolności słuchowej może być przyrody organicznej albo czynnościowej. Odróżnienie to jest tem ważniejsze, że tak samo leczenie, jak również rokowanie zależne jest właśnie od pochodzenia choroby. W cierpieniach organicznych staramy się w pierwszym rzędzie, o ile to możliwe, usunąć zmiany chorobowe, bądźto przez zabiegi operacyjne, bądź też zapomocą środków wewnętrznych, natomiast w chorobach przyrody czynnościowej usiłujemy działać na ogólny nastrój nerwowy różnymi sposobami i leczeniem psychicznem. Gdy w zmianach organicznych, wywołujących głuchotę nerwową, rokowanie co do przywrócenia czynności jest przeważnie niepomyślne, to w chorobach czynnościowych częściej można się spodziewać przywrócenia prawidłowej sprawności słuchu.

Wśród zmian czynnościowych narządu słuchowego wewnętrznego lub ośrodków słuchowych niepoślednią rolę odgrywa głuchota histeryczna. Choroba ta może istnieć obok histeryi ogólnej lub objawów histerycznych w innych częściach ciała. Rzadziej objawy histeryi ograniczają się do samego narządu słuchowego.

Histerya narządu słuchowego może objawić się w różnej postaci. Odróżniamy: 1) histeryczne zaburzenia czynności słuchowej — (nieczułość, przeczulica słuchowa), 2) zaburzenia czucia w obrębie skóry ucha zewnętrznego i błony bębenkowej, 3) rwę uszną przyrody histerycznej, 4) zaburzenia naczynioruchowe, jak krwawienie z ucha.

Najważniejszem z tych zaburzeń jest upośledzenie słuchu. Zmiana ta może wystąpić obok innych objawów histerycznych ogólnych lub miejscowych (znieczulenia ogólne, niemota i inne). Rzadko głuchota nerwowa stanowi jedyny objaw histeryi. Ze względu na to, że ta postać chorobowa najmniej jest znana, że najtrudniej ją rozpoznać i że najczęściej bywa brana za inne choroby uszne, uważam za stosowne zwrócić na nią uwagę i zapoznać z nią szersze koło kolegów.

Choroba ta była wprawdzie już znana w starożytności, liczniejsze i dokładniejsze o niej szczegóły zawdzięczamy jednak dopiero dziełu Briqueta z r. 1859. Później cierpienie to było przedmiotem dokładnych badań i poszukiwań Charcota, Gradenigo i i.

Co do siedziby choroby, to wiele objawów przemawia za tem, że chodzi tu o sprawę ośrodkową, względnie korową, jak przerzucanie się objawów (t. zw. »transfert«, patrz niżej), wyleczenie po przyłożeniu monety złotej, wpływ poddawania, nagłe powstawanie i nagłe znikanie choroby i t. p.

Co do istoty choroby zdania są różne, podobnie jak co do istoty histeryi ogólnej, przeważa jednak zdanie, że chodzi tu o wyczerpanie nerwowe lub o stan roztargnienia nerwowego, w którym chorzy łatwo ulegają wpływom poddawania lub samopoddawania. Wszyscy jednak autorzy zgadzają się na to, że niema w tej chorobie mowy o żadnej zmianie organicznej we włóknach lub komórkach nerwowych.

Wśród przyczyn odróżniamy przyczyny usposabiające i wywołujące. Pierwszemi są pewna wrażliwość, usposobienie swoiste, bądź to ogólne, bądź to miejscowe. Miejscowe usposobienie uwarunkowane jest przez niektóre, aczkolwiek lekkie zmiany chorobowe narządu słuchowego, który przez to staje się »miejscem mniejszej odporności«, oddziałując, zwłaszcza przy równoczesnem usposobieniu lub obciążeniu nerwowem, w nerwowej swojej części już na nieznaczne czynniki wywołujące. Zmiany te organiczne mogą jednak być tak nieznaczne, że łatwo uchodzą uwagi i nie odgrywają w obrazie chorobowym żadnej roli wobec wybitnych zaburzeń czynnościowych. Usposobienie ogólne znajdujemy u osób nerwowych, dziedzicznie obciążonych, wyczerpanych lub dotkniętych histeryą ogólną.

Przyczyny wywołujące mogą być wewnętrzne i zewnętrzne. Do pierwszych należą różne choroby zakaźne i ostre, przedewszystkiem zimnica, dalej pierwsze wystąpienie miesiączki, nadmierne zmęczenie umysłowe (Toynbee), cukromocz (Merill), odruchy nerwowe (wskutek n. p. obecności glist), dalej wzruszenia psychiczne, jak strach i t. p. Przyczyny zewnętrzne mogą stanowić urazy fizyczne; nawet bardzo nieznaczne urazy mogą wywołać u osób usposobionych bardzo znaczne zaburzenia czynności słuchowej (Urbantschitsch). Jednakże najgłówniejszym czynnikiem działającym przy urazie jest strach, który może wywołać histeryczne zmiany słuchu u osoby nerwowo usposobionej, nawet będącej tylko świadkiem nieszczęśliwego wypadku. Do przyczyn zewnętrznych zaliczyć należy także »zakażenie moralne« i samopoddawanie przez naśladowanie otoczenia. Wszakże znane są w piśmiennictwie przykłady epidemicznie występującej histeryi na tle takiego »zakażenia«.

Upośledzenie słuchu pochodzenia histerycznego zdarza się znacznie częściej u kobiet (zwłaszcza podczas miesiączki), niż u mężczyzn, jak histerya wogóle. Stosunek częstości u obojga płci podają jak 3 : 1.

Najważniejszym objawem tej choroby jest różnie długi czas utrzymujące się upośledzenie słuchu rozmaitego stopnia aż do zupełnej głuchoty. Badanie bystrości słuchu wykazuje wszystkie znamiona zaburzenia czynności narządu przyjmującego głos. Strojnik, brzmiący na środku czaszki, słyszy chory lepiej po stronie zdrowej lub mniej zajętej (Weber po stronie zdrowej). Strojnik przy uchu słyszy chory lepiej, niż od wyrostka sutkowego (próba Rinnego wypada dodatnio). Przewodnictwo fal głosowych przez kości czaszki jest obniżone dla wszystkich tonów. Chodzi tu zatem o przytępienie nerwowej czynności słuchowej, dochodzącej nieraz do zupełnej głuchoty. Niedosłyszenie może być jednostronne lub obustronne, różnego stopnia i dla wszystkich źródeł głosu lub ograniczone tylko dla tonów, dla głosu ludzkiego lub dla tykotania zegarka.

Objawów podmiotowych słuchowych często brak. Przeważnie brak również objawów zawrotowych. Objaw ten tłómaczy Gradenigo tem, że włókna nerwu ślimakowego na drodze do narządu ośrodkowego odłączają się od włókien nerwu przedsionkowego. Istniejące równocześnie objawy zawrotowe i wrażenia słuchowe podmiotowe mogą pochodzić albo od równoczesnych zmian organicznych w uchu, albo od nerwowego podrażnienia narządu przedsionkowego, względnie ślimakowego.

W ten sposób otrzymujemy obraz chorobowy, właściwie nie różniący się w głównych objawach od organicznej choroby błędnika usznego. Do odróżnienia od choroby organicznej służą następujące wskazówki: 1) Przeciwieństwa

między podaniami chorego, a wynikami badania przedmiotowego. 2) Wykluczenie głuchoty organicznej na podstawie wywiadów i badania. 3) Zachowanie się chorego. 4) Różne nierówne wyniki badań, przeprowadzanych w różnych czasach. 5) Częste lepsze słyszenie podczas odwracania uwagi chorego przez pilne zajęcie innym przedmiotem. 6) Rodzaj niedosłyszenia. W celu rozpoznania histerycznej przyrody choroby powinno się uwzględnić ogólny stan chorego, przebieg choroby, czynniki przyczynowe, przeciwieństwa w wynikach badania i wpływ pewnych sposobów leczenia. Mając przed sobą chorego z upośledzeniem słuchu natury nerwowej, należy przedewszystkiem śledzić za przyczyną. Gdzie istnieją inne objawy histeryi, powinno się zwrócić uwagę w tym kierunku, względnie na ewentualnie istniejące ograniczenie pola widzenia, zaburzenie w obrębie innych zmysłów, węchu, czucia i t. p. Nagłe powstanie głuchoty, bądź to w typowym napadzie histerycznym, bądź to w krótszy lub dłuższy czas po silnem wrażeniu psychicznem lub też po urazie fizycznym, połączonym z wielkim przestrachem lub z silnem wstrząśnieniem nerwowem bez innych objawów organicznego uszkodzenia błędnika, przemawia za histeryą. Przypuszczenie to staje się tem prawdopodobniejszem, jeżeli równocześnie powstały inne zaburzenia czynnościowe, jak niemota.

Dokładniejsze badanie wykazuje często, że chory lepiej słyszy silnie tykoczący zegarek, niż szept, jeżeli odległość słuchu dla szeptu wynosi mniej, niż 5 metrów. Jeżeli chory słyszy szept dalej, niż na 5 metrów, wtedy słyszy zegarek gorzej. To zachowanie się słuchu jest dla rozpoznania tem ważniejsze, że w organicznych chorobach ucha wewnętrznego stosunek ten jest odwrotny i chory słyszy zegarek wogóle gorzej. Takie przeciwieństwa, jak wysokiego stopnia upośledzenie słuchu dla tonów strojnika obok dobrego słuchu dla zegarka, albo znaczne obniżenie przewodnictwa kości dla tonów strojnikowych obok dobrego przewodnictwa kości dla zegarka, są cechujące dla histeryi akustycznej. Objaw ten należy tłómaczyć, według Hammerschlaga, jako wyraz nadmiernej wyczerpalności czynnościowej chorego nerwu słuchowego dla słabnących nieprzerwanie tonów (strojników).

Ważny szczegół rozpoznawczy stanowi też uderzająca zmienność stopnia niedosłyszenia, wahającego się w różnych dniach, czasem w bardzo znacznych granicach, bez żadnej przyczyny lub pod wpływem czynników, działających tylko na wyobraźnię, względnie psychicznie. Dalej, gdy w nagle powstałej głuchocie z przyczyn organicznych pobudliwość elektryczna błędnika jest zwykle wzmożona, to w czynnościowem nagle powstałem przytępieniu słuchu znajdujemy odwrotnie obniżenie tej pobudliwości. Innym ważnym objawem, odróżniającym głuchotę histeryczną od organicznej, jest nagłe powstanie choroby obok braku napadów zawrotu głowy i wrażeń słuchowych podmiotowych, których w nagle występującej głuchocie organicznej, jak przy kile i szczególnie po uszkodzeniu urazowem, nigdy nie brak.

Równocześnie istniejące znieczulenie skóry przewodu ucha zewnętrznego, małżowiny usznej, błony bębenkowej, krwawienie zastępcze z ucha, stanowią dalsze ważne wskazówki rozpoznawcze dla tej choroby.

Najwięcej wpadającą w oczy i znamienną cechą głuchoty histerycznej jest wrażliwość na poddawanie, na wpływy

OVO-LÉCITHINE BILLON
JEST ŚRODKIEM, KTORY PODNIECA OGÓLNIE ŻYWIENIE I ZNAJDUJE ZASTOSOWANIE
Przeciw NEURASTENII, PRZEPRACOWANIU SIĘ, LYMPHATYZMOWI, RACHITIS, CHLOROZIE (BLEDNICY) I ANEMII WSZELKIEGO RODZAJU, RÓWNIEZ W CZASIE REKONWALESCENCYI, I T. P.
Na żadanie cenniki literatura i próbki.

DRAGÉES	GRANULE	WEFLASZECZKACH
po 05 g 6 razy dziennie	po 10 g na łyżeczke kawowa 3 razy na dzień	po 05 g na cc. raz na dwa dni.

LES ETABLISSEMENTS POULENC FRÈRES, PARIS
Głowne zastepstwo na Austro-Wegry
M. KRIS. Wien, I., Stefansplatz. 8.

psychiczne (suggestibilitas), objawiająca się najjaskrawiej w t. zw. przerzucaniu się objawów (tranfert). Objaw ten polega na tem, iż przy jednostronnej chorobie można przez przyłożenie magnesu lub kawałka kruszcu na chorą stronę sprawić, że wszystkie objawy chorobowe przechodzą na drugą zdrową stronę, znikając po stronie chorej, co może uchodzić za najlepszy dowód, że chodzi tu nie o jakieś zmiany anatomiczne, a tylko o zaburzenie czynnościowe.

Rokowanie w tej chorobie jest w ogólności dobre, zwłaszcza w przypadkach świeżych. Choroba ustępuje nieraz, jak powstała, nagle bez żadnej przyczyny lub pod wpływem psychicznym samopoddawania i t. p. Nawroty głuchoty histerycznej są rzadkie.

Przy leczeniu należy o tem pamiętać, by nie zwracać zbytniej uwagi na środki i sposoby działające miejscowo. Takie bowiem postępowanie mogłoby, wzmacniając przekonanie podmiotowe chorego o istnieniu zmiany organicznej w uchu, stan tylko pogorszyć. Natomiast główną uwagę kierować należy na leczenie ogólne i psychiczne. Poddawanie, miesienie oraz różne sposoby leczenia elektrycznego mogą wywrzeć wpływ bardzo skuteczny i chorobę wyleczyć. Przy elektryzowaniu przykłada się katodę na skrawku, anodę na karku lub na dłoni. Prąd galwaniczny powiększa się powoli do 8—10 M. A. przez 5, później 10 minut i podczas posiedzenia zmienia się często kierunek prądu. Czasem zabiegi pozorne, jak przykładanie monety złotej lub kawałka kruszcu do małżowiny, wlewanie rtęci do zewnętrznego przewodu ucha, upuszczenie krwi, udawanie zabiegów chirurgicznych, wprowadzenie cewnika do trąbki usznej i t. p., mogą sprawić ustąpienie wszystkich objawów histerycznych. Obok tego na miejscu są środki skrzepiające ogólne, rozrywki, podróże, zmiana otoczenia, zmiana powietrza i t. p.

Zdarzają się też przypadki, w których choroba opiera się wszelkim sposobom leczenia, a potem ustępuje nagle, jak pod działaniem różdżki czarodziejskiej, pod wpływem przypadkowego, niezamierzonego, niespodziewanego wrażenia psychicznego, wzruszenia, upadnięcia, urazu itp.

Pouczający i ciekawy przypadek podaje włoski autor Fiori-Ratti: 14-letni chłopiec, syn histerycznego ojca, który przebył kiłę, i matki, która 2 razy poroniła, nagle bez wiadomej przyczyny obustronnie zupełnie ogłuchł. Badanie otoskopowe wykazało ślady przebytego nieżytu ucha środkowego. Pole widzenia ograniczone, odruch rogówki leniwy, dermografia. Czucie skórne, szczególnie w okolicy małżowiny usznej, zewnętrznego przewodu ucha i błony bębenkowej, obniżone. Zbadanie układu nerwowego wykazało histeryę. Stan ten nie uległ zmianie, aż chory razu jednego pod wpływem strachu przed operacyą, której, jak mu się zdawało, miał być poddany, nagle słuch po obu stronach odzyskał. Później opowiedział, że tam, gdzie mieszkał, kilku jego przyjaciół w równy sposób zostało dotkniętych nagłą utratą słuchu, który u nich po dwóch miesiącach sam powrócił. Chodziło zatem o przypadek histerycznej głuchoty,

ZŁOTY MEDAL LWÓW 1907 WYSTAWA PRZYRODNICZO-LEKARSKA; DYPLOM HONOROWY.

ZŁOTY MEDAL, WIEDEŃ 1913. III. MIĘDZYNARODOWA WYSTAWA FARMACEUTYCZNA.

Omnopon Laokoon

Alcaloida **omnia opii** smyrnei

Wyciąg wodny zawierający ściśle oznaczoną ilość działających alkaloidów opium.

Według przeprowadzonego badania analitycznego **przez JWP. Prof. Dra Bądzyńskiego** 1 cm³ rozczynu zawiera w sumie 0·0193 **części stałych** w tem alkaloidów opium: 0·0179

WSKAZANIA:

1) Bóle i inne nieprzyjemne uczucia wszelkiego rodzaju.
2) Bezsenność z powodu bólów.
3) Nieżyt kiszek, biegunka.
4) Stany podniecenia w uśpieniu chloroformowem, stany lęku i podniecenia rozmaitego pochodzenia: w neurastenii, obłąkaniu, obłędzie opilczym i padaczce.
5) Kaszel wywołany silną wydzieliną z oskrzeli: nieżyt oskrzeli, choroby płuc.
6) Duszność przy wadach serca, w dychawicy.
7) Zapalenie otrzewnej i kątnicy, stany zapalne, krwawienia przewodu pokarmowego, otrzewnej, wymagające zniesienia robaczkowego ruchu jelit.

Omnopon:

a) **pastylki à 0·01.**
1 słoik zawierający 20 pastylek 1—2 past. na raz, 2—4 dziennie.

b) **krople 2% rozczyn wyjałowiony**
flaszeczka 12 cm³ 2% rozczynu omnoponu, 3 r. dz. po 15—20 kropel lub co 3 godz. po 10—15 kropel.
Dla dzieci
jednorazowa dawka, licząc 1 kroplę na każdy rok życia.

c) **ampułki**
1 ampułka zawiera 1 cm³ = 0·02 omnoponu, pudełko zawiera 10 fiolek.

Próbki na żądanie PP. Lekarzy bezpłatnie. 217 a

FABRYKA CHEMICZNA LAOKOON LWÓW

powstałej na podstawie zakażenia moralnego, któremu szczególnie dzieci łatwo ulegać mogą mocą właściwego im popędu do naśladowania.

Przypadek ten sam przez się nasuwa ważne wskazówki co do kierunku, w którym leczenie tej choroby kroczyć powinno.

II. Zjazd internistów polskich we Lwowie

w dniach 21. i 22. lipca 1914.

W przeddzień Zjazdu o 9. wieczór zebranie koleżeńskie w hotelu Georgea. Zjazd rozpocznie się 21. VII. o godz. 8 rano w klinice lekarskiej (ul. Pijarów l. 4); referat główny: Moczówka cukrowa (referenci Jakowski i A. Landau z Warszawy). Drugi dzień Zjazdu, rozpocznie w zakładzie anatomii patologicznej (ul. Piekarska 52) drugi referat główny: Sztuczna odma piersiowa przy leczeniu gruźlicy płuc (referenci: Dłuski z Zakopanego i Sterling z Łodzi). Zapowiedziane na Zjazd wykłady podaliśmy w poprzednich zeszytach »Przeglądu lekarskiego«.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Neurolodzy i psychiatrzy krakowscy odbyli w Krakowie w klinice neurologiczno-psychiatrycznej szereg posiedzeń naukowych w dniu 5, 26 marca, 7 kwietnia i 9 czerwca, na których dr Borowiecki demonstrował psy z uszkodzeniem konaru mózgu i psy z uszkodzeniem móżdżku; prof. Piltz miał odczyt o homologicznej dziedziczności w przypadkach natręctw myślowych; dr Rose podał wyniki swych badań nad lokalizacyą histologiczną w przedmóżdżu ptaków. W dyskusyach zabierali głos: doc. dr Mazurkiewicz, dr Rose, dr Rogalski, dr Borowiecki, prof. Kader, prof. Cybulski, prof. Godlewski, dr Nunberg, dr Blassberg, prof. Piltz. Oprócz tego omawiano sprawę III. Zjazdu neurologów, psychiatrów i psychologów polskich we Lwowie.

Na tychże posiedzeniach postanowiono założyć Towarzystwo neurologiczno-psychiatryczne w Krakowie w celu rozbudzenia i szerzenia ruchu naukowego w zakresie neurologii i psychiatryi, z uwzględnieniem pokrewnych gałęzi wiedzy, działalności w kierunku podniesienia opieki nad umysłowo i nerwowo chorymi, zbliżenia i zespolenia interesujących się powyższemi zadaniami dla wspólnej pracy. W tym celu wybrano odpowiednią komisyę, która po wypracowaniu statutu zajęła się wprowadzeniem w życie powziętego postanowienia.

Warszawa. Sanatoryum w Rudce (koło Warszawy) poszukuje od d. 15 lipca II asystenta. Warunki: mieszkanie z całkowitem utrzymaniem oraz 60 rubli pensyi miesięcznej. Zgłoszenia przyjmuje dyrektor Sanatoryum Dr Stanisław Gałecki, p. Mrozy, gub. Warszawska Król. Polskie.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

HUNYADI JÁNOS
GORZKA WODA NATURALNA
NAJLEPSZY ŚRODEK CZYSZCZĄCY
ZWRACAĆ UWAGĘ NA FIRMĘ ANDREAS SAXLEHNER NA KAŻDEJ ETYKIECIE

MATTONI'EGO SÓL MUŁOWA
z leczniczego mułu - Soos pod Franzensbadem. :: Naturalne zastępstwo kąpieli mułowych w domu. Zastosowanie podług przepisu lekarskiego. Żądać zawsze MATTONI'EGO SOLI MUŁOWEJ.

Dr WŁADYSŁAW KLUGER b. Asystent kliniki chorób wewnętrznych Uniw. Jagiel. ordynuje jak lat ubiegłych 235
w MARYENBADZIE, Dom „Stadt Hannover" Kirchenplatz.

Szczawa Krondorfska uznana za najlepszą naturalną
Najlepsze skutki w nieżytach żołądka i pęcherza, jakoteż dróg oddechowych. 205
Prospekty rozsyła na żądanie Brunnen-Unternehmung Krondorf bei Karlsbad lub też Generalna reprezentacya dla Galicyi i Bukowiny, Kraków, Grodzka 48. Lwów, Sykstuska 31.

KRYNICA 136 Pensyonat i Zakład leczniczy Dr. E. ZARZYCKIEGO
od maja do października. — Wodolecznictwo na miejscu. — Żądać prospektów.

Bad HALL 144 w Górnej Austryi. Kąpiele jodowo-bromowe pierwszej jakości, najstarsze i najskuteczniejsze źródlisko w Europie.
Skuteczne w chorobach kobiecych, wysiękach, chronicznych zapaleniach, dnie, gośćcu, zwapnieniu tętnic, zołzach, kile wrodzonej, nabytej, w procesach następowych tejże i t. d.
Prospektów i wyjaśnień udziela Zarząd. — Sezon od 1 maja do 1 października.
Sanatoryum Dra v. GERSTEL otwarte i w zimie.

Dr M. Wachnianin ordynuje jak ubiegłych lat od maja w KARLSBADZIE
dom »Goldener Löwe« naprzeciw Kurhausu. 243

IWONICZ Dr JÓZEF JASIEŃSKI ordynuje w sezonie bieżącym jak zawsze od 25 maja
Bazar. 277

Dr MAKSYMILIAN FUCHS 284 ordynuje jak dawniej
w Badenie (pod Wiedniem) ul. Renngasse 6.

KARLSBAD Dr W. Maleszewski b. Asyst. Kliniki krakowskiej
ordynuje jak dawniej „Haus Nastopil".
O otwarciu własnego
SANATORIUM (PENSION MÉDICALE-DIÉTÉTIQUE)
wyjdą osobne oznajmienia. 288



SANATORYUM
DLA CHORYCH PIERSIOWYCH
POD KIERUNKIEM Dra K. DŁUSKIEGO W ZAKOPANEM.
OTWARTE CAŁY ROK. 141 PROSPEKTY NA ŻĄDANIE FRANCO.

Rok LIII. Kraków, dnia 11 lipca 1914. Nr 28

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Phthisis incipiens,— declarata,— consumptiva.

Napisał

Dr Seweryn Sterling (Łódź).

Uznana przez międzynarodowy Związek walki z gruźlicą (Association internationale contre la tuberculose) klasyfikacya przewlekłych suchot płucnych Turban-Gerhardta dzieli przebieg suchot na trzy okresy:

»Okres 1. Schorzenia lekkie, ograniczone do niewielkich części jednego płatu, które n. p. w szczytach — przy zmianach obustronnych — nie przekraczają grzebienia łopatki i obojczyka, przy zmianach jednostronnych — nie sięgają poniżej drugiego żebra.

Okres 2. Schorzenia lekkie, zajmujące większy obszar, niż okres pierwszy, ale ograniczone co najwyżej do całego płatu, lub schorzenia ciężkie, zajmujące co najwyżej pół płatu.

Okres 3. Wszystko, co przewyższa okres drugi i wszystkie przypadki ze znacznemi jamami w płucach.

Przez schorzenia lekkie należy rozumieć ogniska rozrzucone, objawiające się przez nieznaczne stępienie, oddech nieczysty, szorstki, osłabiony, pęcherzykowy, pęcherzykowo-oskrzelowy lub oskrzelowopęcherzykowy i rzężenia drobnobańkowe aż do średniobańkowych.

Przez schorzenie ciężkie należy rozumieć naciek, dający mocne stłumienie, oddech osłabiony (»nieokreślony«), oskrzelowopęcherzykowy, aż do oskrzelowego, przy obecności lub braku rzężeń.

Znaczne jamy, dające odgłos opukowy bębenkowy, oddech dzbanowy, rzężenia dźwięczne — należą do okresu trzeciego.

Stłumienia opłucne, jeśli nie przenoszą kilku centymetrów wysokości, nie są uwzględniane; przy obecności znaczniejszego stłumienia należy zapalenie opłucnej wymienić jako powikłanie.

Należy podać okres choroby dla każdego płuca oddzielnie. Klasyfikować należy zgodnie z wynikiem badania strony więcej zajętej, więc n. p. P (strona prawa) II, L (strona lewa) I = okres drugi«.

Podział ten jest pozornie bardzo rozpowszechniony; służy on wprawdzie do celów statystycznych większości sanatoryów, ale szerokie koła lekarzy-praktyków mało zeń korzystają.

Co do mnie, to doszedłem do przekonania, że większość lekarzy, mówiąc o okresach suchot, ma na myśli dawno przyjęte postacie kliniczne; więc jakkolwiek brzmi: okres I, II, czy III, sens właściwy te określenia mają, jeśli się przez nie rozumie: I — Phthisis incipiens. II — Phthisis declarata. III. — Phthisis consumptiva.

Ale ten dawny podział na trzy postacie kliniczne (typy) nie wystarcza do bliższego scharakteryzowania przypadku suchot; można go jednak uzupełnić, szczegółami bliżej określić.

Próbę tego podjąłem w mej pracy p. t. »Postaci kliniczne suchot płucnych« *); tam rozpatrzyłem krytycznie dotąd — obok klasyfikacyi Turban-Gerhardta — proponowane klasyfikacye.

Od tego czasu ogłoszono trzy nowe pomysły klasyfikacyjne; z tych, podanych przez Kuthyego, Gerhardta i Nicola, chcę tu zdać sprawę i podać ocenę.

Kuthy próbuje oprzeć swą klasyfikacyę na zasadzie rokowniczej. Odróżnia pięć klas, które (w skróceniu) tak się przedstawiają:

I. Rokowanie złe. (1. Tubercul. miliaris acuta universalis. Bronchophthisis caseosa. Bronchopneumonia miliaris. Tuberculosis disseminata universalis pulmonum acuta. — 2. Phthisis acuta pneumonica).

II. Rokowanie bardzo ciężkie. (1. Tuberc. miliaris pulmonis lobaris. Tubercul. disseminata subacuta. — 2. Pneumonia caseosa pseudolobaris. Phthisis fibrosa subacuta).

III. Rokowanie nieco pomyślniejsze. (1. Bronchophtisis caseoso-fibrosa. Infiltratio apicis acuta. — 2. Pneumonia caseosa cum resorptione. Phthisis chronica fibrosa cum cavernis in activitate).

IV. Rokowanie o wiele pomyślniejsze. (1. Catarrhus apicis incipiens. Focus circumscriptus solitarius ad apicem. Tuberculosis circumscripta (złożona z pojedynczych ognisk zserowaciałych). — 2. Phthisis chronica fibrosa praecipue unilateralis cum retractione).

V. Rokowanie przeważnie dobre. (Phthisis pulmo-

*) Odczyty kliniczne wyd. przez »Gazetę lekarską«. Rok 1913.

a) Kuthy-Wolff-Eisner: Die Prognosestellung bei der Lungentuberculose, 1914.

b) Gerhardt: Taschenbuch der Diagn. u. Therapie der Lungentuberculose, 1913.

c) Nicol: Die Entwickelung und Einteilung der Lungenphthisis. Brauers Beiträge. XXXI. 2. 1914.

num abortiva. Tuberculosis circumscripta (apicis, lingulae). Tuberculosoid pulmonum).

Każda klasa ma dwa poddziały (1, 2); poddział pierwszy — brak wyraźnych objawów miejscowych; poddział drugi — mniej lub więcej wyraźnie występujące objawy miejscowe.

Czy ta klasyfikacya może mieć znaczenie praktyczne? Wątpię bardzo. Jest nawskróś literacką; z pożytkiem przeczytać można to zestawienie (opatrzone w oryginale komentarzami); do stosowania w praktyce, do nominowania i klasyfikowania przypadków gruźlicy służyć chyba ten podział nie będzie.

Gerhardt uznaje wartość klasyfikacyi Turban Gerhardta tam, gdzie chodzi o statystykę, o zestawienie wyników leczniczych. »W tym razie należy przedewszystkiem grupować przypadki podług rozmiarów schorzenia«.

Jednocześnie jednak zaleca dla celów klinicznych i dla lekarzy praktyków swój podział:

Tuberculosis pulmonum chronica.

1. Tuberculosis apicalis incipiens: a) sicca.
   b) catarrhalis.
2. Phthisis typica: a) Peribronchitis tuberculosa chronica.
   b) Tuberculosis cavernosa chronica.
   c) Phthisis fibrosa, cirrhotica.
   d) Phthisis progressiva c. symptomat.

Bronchopneumoniae seu Pneumoniae.

3. Phthisis atypica: a) Phthisis secundaria post morbos pulmonum.
   b) Phthisis tuberculosa diabetica.
   c) Phthisis tuberculosa traumatica.
   d) Phthisis infantilis et senilis.

Dlaczego nie podzielam poglądu Gerhardta o pożyteczności podziału Turban-Gerhardta, kiedy chodzi o statystykę, powiem dalej.

Co się tyczy własnej klasyfikacyi Gerhardta, to głównym zarzutem przeciw niej być musi, że jestto klasyfikacya bez zasady klasyfikacyjnej. Wolno to nazwać wyliczeniem, zestawieniem, zgrupowaniem różnych postaci suchot, ale nie klasyfikacyą.

W klasyfikacyi, jaką niżej proponuję, te same metody określania stanu płuc są uwzględnione, ale zarazem też przewidziana jest możność bliższego scharakteryzowania stanu w danym okresie choroby.

Tak n. p. stwierdzenie jamy w płucach nie może być podstawą do kwalifikowania klinicznego. Okres powstawania jamy jest okresem, w którym mocno zjadliwy lasecznik gruźliczy doprowadza do martwicy tkanki, współcześnie zaś ustrój oddziaływa na tę sprawę przez wytworzenie linii demarkacyjnej, otoczenie schorzałego odcinka warstwą tkanki zbitej i przez eliminowanie zmartwiałej tkanki. Jest więc tworzenie się jamy dowodem zdolności obronnych ustroju, a obecność jam (uformowanych) różni gruźlicę przewlekłą od ostrej. Każde bliznowato zwyrodniałe płuco gruźlicze jest gęsto zasiane małemi i większemi jamami, mniej lub więcej ściągniętemi.

Niewątpliwie obecność jamy jest zawsze grozą, jeśli jej treść nie jest ze wszech stron otorbiona; a nawet jama otorbiona może być ogniskiem, skąd powstaje nawrót choroby. Niewątpliwie materyał zakaźny, swoisty i nieswoisty, może z jamy być rozsiany na zdrowe odcinki oskrzeli i płuc, treść jamy może się przebić do opłucnej i zakazić ją; w jamach tworzące się tętniaki prosowate są powodem najcięższych krwotoków.

Te objawy i powikłania nie towarzyszą jednak stale jamom, nie mogą być uważane za charakterystyczne i tylko jamom właściwe.

Jeśli obecnie — przy stosowaniu skiagrafii — przekonaliśmy się, jak częste są jamy w płucach bez wszelkich t. zw. objawów jamowych; jeśli sprawdziliśmy, jak często są one nieczynnem powikłaniem suchot płucnych, to samej obecności jam nie należy za cechę charakterystyczną jakiejś kategoryi klinicznej uznawać.

Materyał anatomo-patologiczny obfity i z punktu widzenia nowego oświetlony służy za podstawę klasyfikacyi Nicola (z instytutu prof. Aschoffa), nazwanej przezeń »nomenklaturą suchot płucnych«. W swej części klinicznej (a ta nas tu obchodzi) odróżnia Nicol przedewszystkiem:

A) Phthisis occulta (progrediens, stationaris, obsoleta).
B) Phthisis manifesta (progrediens, stationaris, obsoleta).

W przebiegu gruźlicy jawnej przewlekłej wyodrębnia Nicol trzy także okresy (stadia):

I. Phthisis initialis (Phthisis nodosa circumscripta). Najczęściej schorzenie szczytowe.
II. Phthisis nodosa disseminata — w odcinku głownym (cranialis) płuc. (Ewent. z poczynającem się rozmiękaniem i tworzeniem jam).
III. Phthisis ulcerosa progrediens — w odcinku głównym płuc. (Ew. z udziałem marskości). Z reguły połączona ze sprawami rozrzuconemi guzkowatemi lub zlewającemi się — w odcinku ogonowym (caudalis) płuc.

Trzy te nowe pomysły klasyfikacyjne*) przytoczyłem, by, przypominając znów moją klasyfikacyę, ułatwić porównanie jej z innemi.

Żadna z nich nie doczekała się jeszcze krytyki, opartej na doświadczeniu; panuje, jak dotąd, klasyfikacya Turban-Gerhardta, w której właściwie są braki następujące:

Mówi ona o trzech okresach rozwoju suchot płucnych, jak gdyby chodziło o stały rozwój jakiejś jednej określonej sprawy anatomo-patologicznej; w rzeczywistości mamy tu do czynienia z kilkoma anatomicznemi odmianami sprawy gruźliczej, występującemi przeważnie współcześnie. Zazwyczaj jedna z nich przeważa, i to w taki sposób, że badaniem klinicznem dojść tego można.

Już więc z góry nie należy mówić o okresach w przebiegu suchot płucnych.

Klasyfikacya Turban-Gerhardta jest przeważnie topograficzną. Stąd płyną dwa braki: a) Niewszystkie przypadki suchot zaczynają się od płatu górnego — ponad obojczykami, wzgl. grzebieniem łopatki; więc jeśli pierwsze i jedyne objawy znajdziemy n. p. poniżej żebra drugiego, musimy przy wyraźnie początkowej sprawie mówić o drugim okresie suchot. b) Skiagrafia wykazuje inne (rozmiarami zwykle większe) granice zmian anatomicznych, aniżeli

*) W dziele Brauera — Schwedera — Blumenfelda, Handbuch der Tuberculose, Tom I. (rok 1914) o tej sprawie pisał Meissen; nie podaje nic nowego, nie wyczerpuje nawet tej sprawy. Klasyfikacyę własną podaje Tendeloo.

stare metody badania klinicznego; należałoby rozwiązać pytanie, na zasadzie którego z tych probierzy klasyfikować: czy podług rozmiarów klinicznie stwierdzonych, czy też skiagraficznie.

Mówi klasyfikacya Turban-Gerhardta o stanie statycznym sprawy rozpoznawanej, mało — o jej dynamice, o skłonności dalszego rozwoju. Mówi więcej o »tuberculosis pulmonum«, mało o »phthisis hominis«; więc mało daje podstaw do rokowania.

Tego dowodzą najlepiej dane statystyczne sanatoryów ludowych niemieckich. Tak n. p. czytamy w tej statystyce, że $65\,^0/_0$ chorych wyszło z wynikiem najlepszym, a z tych ledwie $12\,^0/_0$ zmiany płucne przy opuszczeniu zakładu pozwoliły zaliczyć do lepszego (niższego) okresu Turban-Gerhardta. Nie zmienił się więc »okres« u większości chorych, których na podstawie objawów, w klasyfikacyi Turban-Gerhardta nieprzewidzianych, uznano za klinicznie zdrowych. Większość tych klinicznie zdrowych opuściło lecznicę w tym samym »okresie« klasyfikacyjnym, do którego ich zaliczano w chwili, kiedy jako chorzy do lecznicy wstępowali!

Nie nadaje się więc ta klasyfikacya wcale do celów terapeutyczno-statystycznych.

Jestto klasyfikacya prosta, ale bezduszna. Za wiele poświęcimy, jeśli dla tej jej niezłożoności nie będziemy się oglądać za lepszą.

Klasyfikacya, którą proponuję, niewiele wnosi nowego; utrwala ona rzeczy uznane, umożliwia systematyczne wyzyskanie przy klasyfikowaniu — objawów spostrzeżonych. Prawda, wymaga ona dłuższego spostrzegania, aniżeli schemat Turban-Gerhardta, ale to jest niezbędne przy rozwiązywaniu zagadnień lecznictwa i rokowania.

W każdym razie więcej mamy pożytku praktycznego z odpowiedzi na pytania niżej zamieszczonej klasyfikacyi, aniżeli z subtelnego określenia granic zmian anatomicznych, co jest podstawą klasyfikacyi topograficznej.

Postacie kliniczne suchot płucnych przewlekłych.

I. Phthisis incipiens
- a) occulta
- b) manifesta
  - α) stationaris
  - β) progrediens (acuta, chronica).

II. Phthisis declarata
- a) fibrosa
- b) fibrosocaseosa
- c) caseosa
  - α) stationaris
  - β) progrediens (acuta, chronica)

III. Phthisis consumptiva
- fibrosa
- fibrosocaseosa
- caseosa.

[IV. Phthisis obsoleta].

Obecność powikłań oznaczamy dopiskiem: cum pleuritide, cum enteritide, cum emphysemate i t. p.

Rozpoznanie postaci klinicznej podług wyżej podanego schematu uwzględnia zarówno wynik badania płuc, jak i inne wyniki spostrzegania klinicznego. Przewiduje też ważną okoliczność i możliwość łatwą przeniesienia danego przypadku z jednej »klasy« do innej, — wraz ze zmianą objawów nietylko w płucach zaszłych.

Klasy głównie zależą od domniemalnego stanu ilościowego ognisk, ale nie ich rozmiarów, jako takich.

»Phthisis incipiens«, — to znaczy stwierdzenie ogniska ograniczonego.

»Phthisis declarata«, — to stwierdzenie kilku ognisk rozrzuconych w płucu lub w płucach.

»Phthisis consumptiva«, — to stwierdzenie rozlanego zajęcia tkanki płucnej, czy to samotnie w jakimś n. p. całym płacie powstałego, czy też (sprawa w przebiegu suchot przewlekłych o wiele częstsza) powstałego ze zlania się ognisk rozrzuconych.

»Phthisis incipiens« objawiać się może jedynie objawami ogólnymi. Wtedy mówimy o »phthisis pulmonum incipiens occulta«. (Rzecz zrozumiała, że błąd rozpoznawczy zależeć tu może od rozwoju gruźlicy ostrej).

Jeżeli stwierdzimy obecność ograniczonego ogniska gruźliczego (n. p. w szczytach), mówimy o »phthisis manifesta«. Do tego określenia zasadniczego dodać musimy dane, tyczące się okresu rozwojowego, w jakim ognisko znajduje się w chwili spostrzegania, i dane, określające natężenie rozpoznanej sprawy chorobowej.

Obecność i charakter objawów nieżytowych, (rzężenia, trzeszczenia), wynik badania plwociny (ilość laseczników, obecność włókien sprężystych, ilość białka i t. d.), natężenie objawów toksycznych (ciepłota; tempo spadku wagi; rodzaj tętna; stan ciśnienia krwi) — takie objawy *) umożliwiają bliższe określenie charakteru suchot rozpoczynających się (phthisis incipiens).

Bez bliższego określenia — nazwa: »tuberculosis pulmonum, stadium I. (Turban)«, czy »phthisis initialis (Nicol)« łączy przypadki bardzo łagodne i przypadki, o których z całą pewnością wiemy, że są tylko początkiem sprawy, mającej skłonność złośliwą.

Przy kwalifikowaniu przypadków do jednego z poddziałów postaci »phthisis declarata«, »phthisis consumptiva« pamiętać należy o tem, że znakomita większość przypadków rozwiniętych suchot należy do poddziału: fibrosocaseosa **).

Wyraźna przewaga objawów sprawy zapalno-rozpadowej, objawów nacieku zapalnego (pneumonicznego) i tworzenia się jam (wystąpienie stłumienia na większej przestrzeni, odgłosu bębenkowego, rzężeń wilgotnych grubobańkowych i metalicznych, wysokiej gorączki, plwociny charakterystycznej) pozwala mówić o poddziale: phthisis caseosa. Przewaga objawów sprawy zapalno-wytwórczej (mocne stłumienie; oddech mocno oskrzelowy; mało objawów nieżytowych w płucach; objawy wtórnego kurczenia się tkanki płuc z ich wpływem na kontury płuc i kształt klatki piersiowej, na położenie serca; rozedma zastępcza; duszność; objawy sercowe; brak ostrych objawów toksycznych) pozwala rozpoznać poddział: phthisis fibrosa.

Ale, jak i w postaci pierwszej, niezbędnem jest określenie — obok domniemanego charakteru przeważających zmian anatomo-patologicznych — jeszcze okresu rozwojo-

---

*) Zaliczyć do nich należy i wynik prób tuberkulinowych; odczyn słaby przy niewątpliwej gruźlicy przemawia za sprawą postępującą.

**) Podobnie i w dziale pierwszym; ale tam niewielkie ognisko nie pozwala na bliższe określenie przeważających zmian anatomo-patologicznych.

wego, w jakim się sprawa swoista znajduje w chwili spostrzegania.

Objawy, które są scharakteryzowane przez określanie ich charakteru anatomicznego, mogą mieć skłonność do dalszego rozwoju, lub też i do cofania się; mogą się rozwijać bardzo wolno, przewlekłe, albo też — ostro; mogą być atoniczne, trwać bez skłonności do gojenia się, ale też bez skłonności do dalszego rozwoju.

Te wszystkie cechy, właściwe sprawie chorobowej w danej chwili — są bardzo ważne dla bliższego scharakteryzowania spostrzeganego przypadku; dlatego niezbędne jest dodanie określeń: »stationaris« albo też »progrediens (acuta, chronica)«.

Nie mieści się logicznie w ramach tej klasyfikacyi »phthisis obsoleta«.

Podaję tę nazwę dla tego, że zbyt jest rzadko w klinice suchot używana; jest zapomniana.

Wiele przypadków rozedmy, przewlekłego nieżytu oskrzeli, czasem dychawicy oskrzelowej i t. p. należy zgodnie z wykrytymi objawami, nazywać tak n. p.: »phthisis pulmonum obsoleta, emphysema pulmonum«.

Leczenie wiewióra caviblenem.

Podał

Dr Mondschein

sekundaryusz szpitala powszechn. w Stanisławowie.

Leczenie wiewióra u mężczyzn wstrzykiwaniami nie zadowala w wielkiej części przypadków ani lekarza, ani chorego. Pominąwszy bowiem tę okoliczność, że manipulowanie strzykawką wiewiórową często z powodu niezręczności chorego z początku, a nieraz przez cały czas leczenia nie bywa zupełnie »lege artis« wykonane, pominąwszy dalej fakt, że połączone jest ono z pewnem niebezpieczeństwem dla oczu chorego, pochylonego przy wstrzykiwaniu, nigdy lekarz nie jest zupełnie pewny, czy środek przezeń stosowany działa w tej mierze, jakby to on dla dobra chorego sobie życzył. Lek musi 3—4 razy dziennie być wstrzykiwany, ujście cewki przez dłuższy czas uciśnięte, a i ten czas nieraz okazuje się za krótki, aby środek zadziałał skutecznie na całą powierzchnię błony śluzowej cewki i wniknął do głębi dostatecznie. Także ze stanowiska społecznego napotyka ten sposób leczenia nieraz na trudności nie do pokonania. Przecie nie każdy chory na wiewiór przy pracy zawodowej ma na to czas, czy sposobność, by ściśle w czasie przez lekarza oznaczonym przedsięwziął wstrzykiwanie, pominąwszy już to, że przy niezupełnie czystem sumieniu zmuszony jest chory zwykle wykonać wstrzykiwanie potajemnie. Licząc się z powyższemi okolicznościami, przemyśliwano oddawna nad tem, jakby w inny, wygodniejszy i pewniejszy sposób środek stosowany zetknąć z chorą błoną śluzową. Do tego celu służyć miały świeczki z masła kakaowego czy żelatyny, impregnowane środkiem, który stosowano na wiewiór. Mają one jednak tę wadę, że masa, z której je wyrabiano, a więc masło kakaowe, czy żelatyna, powlekając powierzchnię błony śluzowej warstwą tłuszczu, czy innej podobnej substancyi, utrudniają w wysokim stopniu działanie samego środka leczniczego; obok tego niestała ilość tej masy nie pozostaje w żadnym stosunku do ilości wprowadzonego w ten sposób środka.

Podany przez prof. Brucka sposób leczenia wiewióra caviblenem ma na celu szybkie i nader łagodne leczenie wiewióra. Caviblen sąto rureczki (laseczki) sztywne o ścianach przeźroczystych, cienkich, wypełnione bardzo silnym środkiem przeciwwiewiórowym w postaci proszku. Jest nim t. zw. uranoblen, połączenie barwikowe, zawierające 40% srebra, łatwo rozpuszczalne w wodzie i nie dające strątu ani z białkiem, ani z solami. Uranoblen ma własność szybkiego zabijania dwoinek wiewiórowych, dostaje się bowiem po rozpuszczeniu się osłonki, co następuje w 15 do 20 minut po wprowadzeniu, w postaci proszku, a więc w wielkiem zgęszczeniu, na samą błonę śluzową i tu rozwija swe silne działanie nietylko na samej powierzchni, ale także w wysokim stopniu i w głębi tkanki. Osłonka jest z materyału, nie zawierającego tłuszczu, nie utrudnia więc wcale działania samego środka, a także ilość jej masy jest w porównaniu z ilością zawartego środka nader mała.

Laseczki te, zależnie od ich przeznaczenia i wskazania, znajdują się w handlu w rozmaitej wielkości i grubości, a lek w nich zawarty w rozmaitej sile. Długość laseczek dla przedniej części cewki wynosi 12 cm. Grubość dawniej wynosiła między 6 a 7·5 mm. Gdym fabrykantowi [1]) zwrócił uwagę na mocy moich pierwszych zaraz doświadczeń jeszcze w październiku i listopadzie zeszłego roku [2]), przysłał mi on tak małą ilość znacznie już cieńszych (obok dawnych grubych), że nie mogłem dotąd kontynuować rozpoczętych doświadczeń. Ale i długość laseczek powinna być rozmaita, nie, jak dotąd, jedna, t. j. 12 cm, wiemy bowiem, że przednia część cewki nie u każdego jest jednakowo długa, pominąwszy już młodych chłopców 13—16-letnich, gdzie nie udało mi się wprowadzić laseczek, jak do połowy, najwyżej do $^2/_3$ długości, a resztę musiałem odciąć nożycami. Grubość początkowa laseczek zbyt wielka, 6—7 5 mm, stała często na zawadzie wprowadzeniu ich przy wązkiem ujściu zewnętrznem, chorzy tacy odczuwali ból silny, krwawili łatwo z ujścia tak, iż u nich musiałem przerwać leczenie, a przejść do innego.

Dla leczenia tylnej części cewki są w handlu laseczki znacznie dłuższe z odpowiedniem zagięciem. Można je zwykle łatwo wprowadzić, czasem jednak nie udaje się nimi przemódz skurczu mięśnia, oddzielającego przednią część cewki od tylnej. Do cewki kobiecej są stosowne krótkie laseczki (5 cm), do szyjki macicy całkiem krótkie (3 cm).

Przed wprowadzeniem należy laseczki te do $^3/_4$ długości zanurzyć w t. zw. Caviblen-Crême, który równie jak osłonka laseczek nie zawiera tłuszczu. Następnie wprowadza się laseczkę, lekko wsuwając naprzód lub lekkim ruchem obrotowym, następnie uciska się ujście przez minutę, poczem zostawia się laseczkę w cewce jak najdłużej

[1]) Dr Jabłoński, Wrocław.

[2]) Poniżej przytoczone przypadki odnoszą się wszystkie do tej pierwszej ery powstania caviblenu o laseczkach zbyt grubych.

(Bruck poleca 6—10 godzin, co wedle mego doświadczenia w wielkiej części przypadków czy z powodu zbyt ostrej sprawy i tem spowodowanego pieczenia przez częściowo nagromadzony wyciek, czy z powodu parcia na mocz, w tej mierze niezawsze się udaje).

Osłonka topnieje pod wpływem ciepła ciała zaraz w pierwszych 10—15 minutach i teraz dopiero nadchodzi chwila działania wewnątrz zawartego uranoblenu. By środek ten przy zwisającem prąciu mógł dłużej działać przez dłuższe zatrzymanie go w cewce, poleca Bruck po wprowadzeniu laseczki wdziać na prącie specyalne woreczki gumowe (nakształt krótkich kondomów) z taśmą u góry do przymocowania. Ponieważ woreczki te, jak wielekroć na chorych doświadczyłem, przylegając zbyt wolno, wcale tego celu nie osiągają, radziłem sobie w ten sposób, że po wprowadzeniu caviblenu przykładałem do ujścia nieco waty, którą na krzyż do prącia przymocowywałem przylepcem. Tym sposobem utrudniałem spływanie w wielkiej mierze uranoblenu, a nie wywoływałem wcale nagromadzenia się wycieku w cewce, który wraz z małą częścią uranoblenu spływał do podłożonej waty. Caviblen wprowadzać należy w 8-godzinnych odstępach dwa razy dziennie; przy lekkim wiewiórze wystarczy często raz tylko na dobę.

Tym sposobem leczyłem dotąd jedynie wiewiór u mężczyzn, a to w dziesięciu przypadkach wiewióra ostrego, czterech podostrego, a sześciu przewlekłych ze skutkiem zadowalniającym, czasem wprost zdumiewającym (przypadek 1, 3, 5). W przypadkach zbyt ostrych stosowałem w pierwszych dniach przepłukiwania Janeta, a wprowadzałem caviblen dopiero, gdy ostre zapalne objawy minęły. W jednym przypadku ostrego wiewióra musiałem z powodu zbyt gwałtownego bólu przy wprowadzeniu i następowego obrzęku napletka zupełnie zaniechać caviblenu, a zwrócić się ku zwykłym wstrzykiwaniom (przypadek 4). W jednym przypadku ostrym i podostrym okazało się znów ujście cewki za wązkie; ponieważ chory na rozszerzenie ujścia zgodzić się nie chciał, wprowadzałem mu odtąd krótkie i cienkie laseczki, przeznaczone dla cewki żeńskiej, z zupełnie dobrym skutkiem (przypadek podostry 1, ostry 2).

Wyleczenia poronnego, a więc tego ideału leczenia— dotąd nie osiągniętego — nie można tą metodą uzyskać, mimo, iż Bruck ją także do tego celu zachwala. A to z powodu, który już wyżej przytoczyłem, że przy zbyt ostrej sprawie należy się z początku ograniczyć do przepłukiwań i że wprowadzanie laseczki caviblenu jest często zbyt bolesne i połączone z odczynem ze strony samej błony śluzowej i otoczenia. Co się tyczy tego właśnie odczynu cewki, to jest nieraz zdumiewającem, jak łatwo cewka do tych laseczek się przyzwyczaja, tak, iż po 1—2-dniowej przerwie znosi laseczki bardzo już dobrze. Przy ostrem zajęciu tylnej części cewki i parciu na mocz nie da się caviblen właśnie z powodu tego parcia stosować i tu przeczekać należy ten okres podrażnienia szyjki pęcherza.

Chciałbym teraz przy pomocy kilku charakterystycznych historyi chorób przedstawić moje dotychczasowe wyniki leczenia caviblenem.

Przypadki ostre:

1. M. K. 25 lat, przyjęty do szpitala 28. X. Gonorrhoea acuta anterior. Gc XX. 29. X. Arthigon 0·2 do żyły: mocny dreszcz i ból głowy. 4. XI. do dziś Janet, odtąd caviblen 2 razy dziennie (2%). 5. XI. Arthigon do żyły 0·5, przytem caviblen (2 X dn.). 6. XI. Pierwsza część moczu lekko mętna, druga czysta. Gc —. 7. XI. Mocz prawie czysty. 10. XI. Obie części moczu czyste zupełnie, wiewiór uleczony.

2. M. M. 25 lat, ślusarz kolejowy, wiewiór od 4 tygodni, prawe jądro obrzękłe, bolesne od 6 dni. Epididym. dex. gonorrh. Leczenie: Arthigon-caviblen. 20. X. Od dziś caviblen 2 razy dziennie 1% Gs. x. 21. X. Przy wprowadzaniu caviblenu z powodu wązkiego ujścia silny ból i krwawienie ujścia. Przerwa trzydniowa, Janet. 25. X. Caviblen dla kobiet (krótki i wązki) (2 razy dz.), od dziś codzień. 26. X. Pierwsza część czysta z nitkami, II. czysta. 30. X. Mocz zupełnie czysty, jądro lekko bolesne. Arthigon 0·3. 31. X. Do dziś codzień caviblen dla kobiet, mocz stale czysty. Uleczony.

3. S. N. 20 lat, pomocnik fryzyerski, wiewiór od 2 tygodni, lewe jądro obrzękło od 5 dni. Przyjęty do szpitala 10. X. Epidymitis sinistra gonorh. Leczenie: arthigon-Janet-caviblen. 20. X. Caviblen 2 razy dziennie (1%). Mocz mętny w 1. części. Gc † †. Od dziś codziennie tożsamo leczenie. 1. X. Caviblen mocniejszy (2%) 2 razy dziennie, mocz czysty w obu częściach, wyciek mały. Gc — 9. XI. po codziennem leczeniu do dziś caviblenem mocniejszym opuszcza chory szpital. — Uleczony.

4. S. W. Wiewiór od 2 dni; przyjęty do szpitala 18. X. Gonorrhoea acuta auterior. Gc † †. 19. X. Caviblen słabszy (1%) 2 razy dziennie; silny ból przy wprowadzaniu. 20. X. Caviblen (2 X dz.) 21. X. Silny obrzęk napletka, obie części moczu mętne, silny ból przy moczeniu, przy końcu tegoż krople krwawe, gruba kropla ropnego wycieku. Okłady, zaniechanie leczenia, salol. 27. X. Janet. 4. XI. Solutio Merlusan, mocz mętny w obu częściach. 6. XI. Chory czuje się lepiej, bole przy moczeniu ustały. 11. XI. Obie części moczu czyste; stale Solutio Merlusan. Uleczony.

5. H. K. 21 lat, wiewiór od 3 tygodni; przyjęty do szpitala 25. X. Gonorrhoea acuta anterior, balanitis erosiva. Gc. † †. Przez pierwsze trzy dni nie leczono wiewióra z powodu zapalenia ropnego żołędzi. 20. X. Caviblen słabszy (1%) 2 razy dziennie; od dziś tożsamo codziennie, bólu przy wprowadzaniu chory nie odczuwa. — Zatrzymuje caviblen przez 6 godzin. 3. X. Pierwsza część moczu mętna ze śluzowemi nitkami. Gc. —. Caviblen od dziś mocniejszy (2%) 2 X dz. 5. II. Mocz w 1. części czysty. 11. XI. Mocz stale czysty, brak wycieku. 15. XI. Uleczony opuszcza szpital.

Przypadki podostre:

1. H. W. 21 lat, od 5 dni wiewiór, przyjęty do szpitala 3. X. Gonorrhoea subacuta anterior. Leczenie: Janet-protargol. Gc †. 19. X. Mocz czysty z wielu nitkami, caviblen słabszy (1%) 2 razy dziennie. Silny ból przy wprowadzaniu z powodu zbyt wązkiego ujścia cewki. 21. X. Caviblen dla cewki kobiecej (cieńszy i krótszy) codzień dwa razy. 30. X. Mocz czysty w obu częściach. 3. X. Gc —. 7. XI. Uleczony.

2. H C. 29 lat, wiewiór od 8 dni; przyjęty do szpitala 9. IX. Gonorrhoea subacuta anterior. Gc †. Z początku Janet-protargol. 19. IX. Caviblen słabszy (1%) codzień dwa razy. Pierwsza część moczu mętna. 20. IX. Silne pieczenie przy moczeniu, lekki obrzęk napletka. 21. IX. Przerwa. 22. IX. Od dziś caviblen mocniejszy (2%) codziennie, przyczem chory nie odczuwa tego nieprzyjemnie. 28. IX. Mocz mimo wprowadzania caviblenu stale mętny. 29. IX. Gc —. 7. X. Mocz stale mętny, wyciek słaby. 14. X. Usunięto caviblen, od dziś Solutio Merlusan. 21. X. Mocz czysty. 29. X. Uleczony.

Wnioski: W caviblenie Brucka zyskujemy bardzo dobry środek przeciwwiewiórowy. Co najbardziej przy tej metodzie uderza, to mianowicie wczesne bardzo, bo czasem już po 3 dniach, średnio jednak w 8—12 dni zupełne zniknięcie dwoinek wiewiórowych. Pominąwszy przypadki, gdzie z powodu zbyt ostrej sprawy, czy jakiejś przeczulicy cewki laseczki caviblenu nie dadzą się zastosować, musimy czas średni leczenia przy tym sposobie oznaczyć na 16—22 dni, co naturalnie oznaczałoby już znaczny postęp w porównaniu z leczeniem dotychczasowem. Bywają jednak przypadki, gdzie tą metodą nie osiąga się wcale wyleczenia zupełnego, najwyżej poprawę, czasem nawet nieznaczną tylko, gdzie chcąc nie chcąc musimy wrócić do jednego z dawnych środków (podostry przypadek 2). Są to te przypadki uporczywe, które, przyzwyczaiwszy się do jednego środka, więcej nań nie oddziałują, a gdzie konieczna jest częsta odmiana leków. W tych przypadkach stosowałem z bardzo dobrym i rychłym skutkiem merlusan, wprowadzony przez prof. Matzenauera do wstrzykiwań trzykrotnych dziennie.

Jakkolwiek i tę metodę trudno uważać za ostatnie słowo w leczeniu wiewióra, to jednak przyznać trzeba, że sztuka leczenia wiewióra wzbogacona została bardzo cennym środkiem i nader dogodnym sposobem leczenia.

Oceny.

Wagner v. Jauregg i G. Bauer: **Podręcznik organoterapii** (Lehrbuch der Organotherapie mit Berücksichtigung ihrer anatomischen und physiologischen Grundlagen. Herausgegeben von .... Lipsk 1914, Georg Thieme). (Stron 516+XI. Cena 13 mrk).

Po nieco gorączkowym ruchu na polu organoterapii przed laty trzydziestu, który wychodził z zapatrywań Brown-Sequarda i rozwijał się pod hasłem czystej terapii, nastąpiło już w ostatniem dziesięcioleciu XIX w. znaczne otrzeźwienie. Od tego czasu stała się punktem wyjścia i przedmiotem poważnych badań i poszukiwań nauka o wydzielaniu wewnętrznem. Nieustająca praca wielu badaczy wywołała także i w zakresie leczniczym zmianę w zapatrywaniach na dynamikę narządów i ich wyciągów i doprowadziła do stwierdzenia, że w przetworach organoterapeutycznych na równi z innymi środkami farmakologicznymi zawarte są substancye farmakodynamiczne, dające się co do swego działania dokładnie zanalizować, oraz, że przez te substancye można energicznie wpływać na wszystkie prawie sprawy wegetatywne. A chociaż pod względem chemicznym nie wszystkie jeszcze te substancye zostały dokładnie poznane, to jednak rozporządzamy dziś dostatecznem doświadczeniem dynamobiologicznem.

Wskutek badań eksperymentalnych straciły dawniejsze pojęcia o t. zw. leczeniu zastępczem (substytucyjnem) swoje znaczenie. Organoterapia przybrała inną poniekąd postać. Czynniki dynamiczne produktów narządów ujmuje się obecnie z tego samego stanowiska, jakie oddawna było miarą w ocenie wielu leków organotropijnych. Na miejsce niezbyt ścisłego pojęcia leczenia zastępczego weszły dokładniejsze określenia farmakologii eksperymentalnej.

Nie brakło już dawniej usiłowań, aby przeglądowo przedstawić te nowe sasady organoterapii. Ja sam także ogłosiłem w r. 1902 w »Wiener Klinik« pracę, która miała to na celu. Ale przy ówczesnym stanie badań musiały wszystkie takie próby trzymać się w skromnych granicach. Dziś rozporządzamy już tak bogatym materyałem, że jego zestawienie i opracowanie ponowne jest konieczne. Toteż każdy musi chętnie powitać dzieło, świeżo wydane przez Wagnera v. Jauregg i Gustawa Bayera.

Już w tytule dzieła tego zaznaczono, że za podstawę opracowania organoterapii wzięto zasady anatomiczne i fizyologiczne. Odpowiednio do tego obejmuje pierwszy rozdział dzieła morfologię tych narządów, które tu farmakodynamicznie wchodzą w rachubę, w opracowaniu Alfreda Kobusa. W dalszych rozdziałach opracował tarczycę Wagner v. Jauregg, gruczoły przytarczyczne F. Pineles, grasicę Karol Basch, przysadkę L. Borchardt, trzustkę R. Ehrmann, układ chromochłonny G. Bayer, gruczoły płciowe A. Foges. Rozdział końcowy, napisany przez G. Bayera, poświęcono narządom, nie posiadającym wydzielania wewnętrznego, jak wątroba, nerka, śledziona, szpik, gruczoły chłonne, układ nerwowy, krew, substancye mięsne, tkanka płucna. Ten pobieżny przegląd wystarczająco wskazuje, że plan pracy obmyślano sumiennie i wyczerpująco i wykonano starannie.

W sprawozdaniu niniejszem, i tak już przekraczającem zwykłe ramy, niepodobna wchodzić w szczegóły. Całkiem ogólnie można tylko powiedzieć, że autorowie dzieła spełnili to, co przyrzeka tytuł. W każdym rozdziale znajdzie czytelnik nietylko dokładne, ale też łatwo dostępne przedstawienie wszystkiego tego, co tylko mogło być ważne. Spisy wszystkich głównych prac w danym zakresie, zawarte w książce, oddadzą usługę tym czytelnikom, którzyby chcieli w rzecz wniknąć głębiej.

W następnem wydaniu należałoby sprostować szereg błędów drukarskich w nazwiskach autorów. Tak n. p. nazwisko moje przekręcono na »Korkynski« (str. 442). Mówiąc o następnem wydaniu, przez to samo wyrażamy nadzieję, że dzieło znajdzie licznych czytelników, że powinno się znaleźć przynajmniej w rękach każdego internisty. Zasługuje na to pod każdym względem.

Prof. Dr L. Korczyński.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Staub. **Gruźlica płuc w obrazie rentgenologicznym** (Korr.-Blatt. f. Schweiz. Ärzte 1913, 41). Nowe przyrządy i lampy rentgenowskie pozwalają na uzyskanie ostrych i dokładnych obrazów płuc. Zdjęcie rentgenograficzne płuc powinno poprzedzać zwykłe prześwietlenie; właściwie jednak dopiero na podstawie płyty fotograficznej można dokładnie badać i oceniać szczegóły obrazu. Zazwyczaj robi się zdjęcie, gdy chory nie oddycha po głębokim wdechu; o ile możności chory powinien przy zdjęciu stać i kierunek prześwietlenia ma być grzbietno-brzuszny. Bez ekranu wzmacniającego otrzymuje się obraz w kilku sekundach przy obciążeniu 25—30—40 miliamp.; dobre ekrany wzmacniające skracają czas zdjęcia do $^1/_{10}$ sekundy. Lampa powinna mieć twardość 5·5—6·5 Wehnelta. By uwidocznić pola płucne oraz przeponę, należy użyć klisz o wymiarze 40 $\times$ 50. Przy używaniu ekranu wzmacniającego należy lekko przeeksponować. Szczyty płuc można też osobno zdejmować przy użyciu zasłony (blendy). — Co się tyczy wyników badania, to autor sądzi, że obraz marmurkowany prawidłowego płuca wywołany jest przez naczynia krwionośne, gdy w płucu zmienionem przyczyniają się do tego także zapalne zmiany oskrzelków. Plamy na prawidłowym cieniu, towarzyszącym brzegowi serca, tłomaczą się projekcyą naczyń, biegnących tutaj w różnych kierunkach. Zserowaciałe lub zwapniałe gruczoły nadobojczykowe można uzyskać na obrazie szczytów płuc. U dzieci stwierdza się obecność gruczołów oskrzelowych, prócz tego można wykazać często linie pasmowate, ciągnące się od wnęki płuc ku górne-

mu i dolnemu płatom płuca, a odpowiadające zmianom zapalnym, toczącym się około ścian oskrzeli i naczyń. Gruźlicę u dorosłych należy uważać za starą gruźlicę, nabytą w dzieciństwie, a tylko świeżo rozwijającą się dalej. Odosobnionej gruźlicy szczytów prawie nigdy się nie spotyka, zawsze łączy się ona z gruźlicą wnęki płuc. Przy nieznacznem nawet schorzeniu szczytów płucnych zauważa się zazwyczaj wysokie ustawienie przepony po stronie chorej. Daleko posunięte sprawy wikłają się przeważnie zapaleniem zrazikowem. Cofanie się sprawy, wzgl. bliznowacenie ogniska postępuje od obwodu ku środkowi; w tych razach widzi się ogniska zwapniałe obok cieniów zaciągających się blizn. Ostra linia cienia przemawia za blizną międzypłatową. Tworzenie się jamy stwierdza się nieraz tylko na obrazie rentgenologicznym; zazwyczaj spotyka się jamy w płatach górnych. Krwotoki płucne, które pozornie przemijają nieraz bez następstw, wywołują często rozsianie się całego szeregu mniejszych i większych ognisk. W obrazie wyleczonej gruźlicy można stwierdzić duże zaciągnięcia płuc, połączone z przesunięciem serca. Zrosty opłucne są widoczne jako pasma (cienie pasmowate). Przy rozszerzeniach oskrzeli wyraźne obrazy trudno uzyskać. Odma opłucna wyraźnie występuje nawet wtedy, gdy jest mała. Pod niektórymi względami tłomaczenie obrazu rentgenologicznego płuc sprawia nieraz jeszcze trudności.

Nowaczyński.

Massini. **Znaczenie odczynu Wassermanna w chorobach wewnętrznych** (Münch. med. Woch. 1912, 24—25). Autor ocenia znaczenie odczynu Wassermanna w następujący sposób: 1) Odczyn W. jest dobrą metodą dla stwierdzenia kiły; zwłaszcza oddaje usługi w schorzeniach narządów wewnętrznych i uzupełnia wywiady. 2) Ciężkie choroby, przebiegające z charłactwem (gruźlica, nowotwory) nie dają dodatniego odczynu. 3) Silnie dodatni odczyn W. w schorzeniu wewnętrznem świadczy, że zachodzi jeszcze czynna sprawa kiłowa. 4) Słabo dodatni odczyn może przemawiać za tem, a) że chory przechodził kiedyś kiłę, w danym przypadku może chodzić zatem albo o schorzenie niekiłowe u człowieka kiłowego, albo o chorobę pokiłową, n. p. wiąd rdzenia, albo o następstwa kiły, n. p. tętniak; b) może chodzić o sprawę kiłową u chorego, leczonego z powodu kiły lub u chorego, którego surowica ma małe własności hamujące. 5) Ujemny odczyn W. nie wyłącza wcale schorzenia kiłowego. 6) Odczyn W. nie zastąpi nigdy innych metod klinicznych. 7) Odczyn W. musi być ściśle ilościowo wykonany; odczynniki używane muszą być jak najdokładniej nastawione i wymiareczkowane.

Nowaczyński.

Ammann. **Padaczka w Szwajcaryi i jej śmiertelność** (z uwzględnieniem 2.159 przyp. śmierci z powodu padaczki) (Bazylea, Schwabe i Co.). Autor zestawia w swej statystycznej, bardzo ciekawej pracy dane, tyczące się padaczki i dochodzi do następujących wniosków: 1) W Szwajcaryi żyje co najmniej 20000 epileptyków, czyli stanowią oni około 50‰ całej ludności. 2) Głównie występuje padaczka w okresie pokwitania. 3) Średnim wiekiem, którego epileptycy dosięgają, jest okres między 35. a 40. rokiem życia, czyli mniejwięcej o półtora dziesiątka lat niższy, niż średni wiek ogółu ludności. Przeważna ilość chorych na padaczkę umiera między 15. a 55. r. życia, mieszkańcy zaś Szwajcaryi wogóle umierają przeważnie między 55. a 80. r. życia (z pominięciem śmiertelności niemowląt). 4) Na czterech mężczyzn, chorych na padaczkę, wypadają 3 kobiety. 5) Trzecia mniejwięcej część epileptyków, osiągających wiek, w którym są zdolni do małżeństwa, żeni się. 6) Trzecia część epileptyków jest zdolna do zarobkowania, trzecia część pozostaje w Szwajcaryi w leczeniu w zakładach. 7) Z zawodów, jakim oddają się chorzy, wchodzi w rachubę gospodarstwo. 8) W miastach znajduje się o połowę mniej epileptyków, niż na wsi. 9) Urazowa padaczka jest bardzo rzadka w porównaniu z właściwą. 10) Alkoholizmowi nie można przypisywać wielkiej roli, jako czynnikowi wywołującemu padaczkę. 11) 62% epileptyków umiera w następstwie padaczki, 42% w czasie napadów. 12) Padaczka, trwająca od urodzenia w związku z idyotyzmem, jest względnie rzadką. 13) W zakładach obłąkanych umiera 2/5 ogółu chorych, ginących z powodu padaczki.

N.

Prof. Romanelli. **O stosowaniu surowicy przeciwgruźliczej bakteryolitycznej przez odbytnicę** (La Riforma med. 1913, Nr 22 i 23). Powszechne stosowanie surowic leczniczych drogą podskórną wywołuje dość często zbiór objawów przyrody anafilaktycznej, który nazywamy chorobą posurowiczą. Objawy te, na ogół niewybitne, mogą jednak niekiedy przybrać tak ostrą postać, że zmuszeni jesteśmy zaniechać dalszego stosowania surowicy. Rozróżniamy obecnie dwie grupy objawów posurowiczych: 1) Objawy są lekkie i cechują się zaczerwienieniem i naciekiem w miejscu wstrzyknięcia, rozmaitemi wysypkami, bólami głowy, stawów, mięśni i gruczołów, świądem, gorączką i czasem białkomoczem przejściowym. 2) Objawy są bardzo ciężkie i występują niekiedy już w 15—20 minut po zastosowaniu surowicy, a cechują się silnym ogólnym niepokojem, bladością lub sinicą twarzy, nudnościami, wymiotami, wybitną dusznością, ogólnymi bólami, drobnem nieregularnem tętnem, uczuciem bliskiej śmierci (wstrząs anafilaktyczny). Objawy drugiej grupy występują najsilniej przy powtórnem stosowaniu surowicy, zwłaszcza śródżylnem lub podoponowem, i spotykamy je przedewszystkiem u osób osłabionych, n. p. gruźliczych, i astmatyków; życiu jednak nigdy nie grozi niebezpieczeństwo. Podług dzisiejszego stanu nauki przyczyną objawów anafilaktycznych ma być swoiste ciało białkowe, dotychczas jeszcze dokładnie nieznane, znajdujące się w surowicy zwierząt w różnej ilości, zależnie od ich gatunku. Najrozmaitsze próby, przedsięwzięte w celu zniszczenia tych trujących własności surowic, jak stosowanie różnych przetworów chemicznych, alkaloidów, zaczynów, promieni X, i i. nie osiągnęły celu. Ostatnie badania nad wpływem czynników termicznych na surowice wykazały, że przy ciepłocie 60° C tracą surowice w wielkim stopniu własności trujące, zachowują zaś prawie w zupełności własności lecznicze. Mimo, że w ostatnich czasach stosowanie tych t. zw. surowic inaktywowanych zdobyło sobie wielkie uznanie, jednak w celu zapobieżenia możliwemu wystąpieniu objawów anafilaktycznych postanowiono stosować surowice przez odbytnicę. Doświadczenia w tym względzie, bardzo zresztą nieliczne, dotyczyły przeważnie surowicy przeciwbłoniczej i niektórych surowic przeciwgruźliczych. Przy tego rodzaju stosowaniu surowic nasuwają się dwa pytania, mianowicie, czy w ten sposób usuwamy możliwość anafilaksyi, a z drugiej strony, czy nie cierpią na tem lecznicze własności surowicy? Odpowiedzi w tym kierunku nie są zgodne, na ogół jednak potwierdzają one praktyczność stosowania surowic leczniczych drogą odbytnicy. R. stosował przez odbytnicę u szeregu osób gruźliczych surowicę bakteryolityczną Maragliana, co drugi dzień w ilości 5 cm³, rozcieńczonych 20—25 cm³ rozczynu fizyologicznego soli kuchennej, po poprzedniem podaniu lewatywy oczyszczającej; surowicę wprowadzał ogrzaną do prawidłowej ciepłoty ludzkiej. Chorzy przedstawiali rozmaite okresy choroby. R. zwracał uwagę przedewszystkiem na zachowanie się objawów anafilaktycznych, zdolność chłonienia surowicy przez błonę śluzową odbytnicy, zużytkowanie surowicy przez ustrój, a nadto na wpływ jej na ciepłotę. Na podstawie szesnastu spostrzeżeń klinicznych doszedł do następujących wniosków: 1) Stosowanie surowicy bakteryolitycznej w sposób wyżej podany, nie dało nigdy powodu do zaprzestania jej stosowania ze względu na objawy anafilaktyczne miejscowe lub ogólne. 2) Chorzy dobrze znosili ten sposób leczenia, tak, że można go było długi czas stosować bez wywołania miejscowych objawów zadrażnienia, lub też zaburzeń jelitowych. 3) Surowica, stosowana przez odbytnicę, w przeciwieństwie do stosowania podskórnego, nietylko nie wywołuje gorączki, ale nawet niekiedy bardzo dobrze na nią działa. 4) U osobników nie gorączkujących nigdy nie było

wzniesienia ciepłoty. 5) Skuteczności tego rodzaju stosowania surowicy dowodzi wzmożenie się swoistych czynników obronnych surowicy krwi już po 15—18 dniach. Dr T. T.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Akademia Umiejętności w Krakowie.

Wydział matematyczno-przyrodniczy.

Posiedzenie d. 4. maja 1914.

1) Czł. N. Cybulski przedstawia pracę p. R. Nussenblattównej p. t.: **Przyczynek do analizy wyboru wyobrażeń skojarzonych.**

W celu ułatwienia analizy czynników, wpływających na wybór wyobrażeń wybieranych i pomijanych przy doświadczeniu skojarzeniowem, zastąpiono to ostatnie eksperymentem wyboru z dwóch podawanych wyrazów. Taka technika doświadczenia pozwalała autorce kontrolować nietylko materyał wybierany, ale i odrzucany. Wykazy pokazywano parami w otworze mnemometru Ranschburga; badany miał wymienić jeden z dwóch podanych wyrazów. Czas reakcyi notowano chronometrem d'Arsonvala. Po dokonaniu 60 wyborów, doświadczenia powtarzano. Wyniki streszczają się, jak następuje: 1) Z zestawień, w których skład wchodziły wyobrażenia zabarwione afektywnie, wybierano wyobrażenia zabarwione pozytywnie, pomijano wyobrażenia zabarwione negatywnie. 2) Zabarwienie uczuciowe ułatwiało wybór i skracało czasy reakcyi, wzruszeniowe utrudniało i przedłużało reagowanie. 3) W wyborach z pomiędzy dwóch wyobrażeń obojętnych decydował ich mniej lub więcej aktualny dla badanego charakter. W razie równomiernej lub małej aktualności obu wyrazów wybory bywały utrudnione, lub nawet badani odmawiali wyboru. 4) W powtórzonych doświadczeniach wybory się powtarzały. 5) Czasy reakcyi w powtórzonem doświadczeniu były przykrócane, szczególnie czasy reakcyi zabarwionych wzruszeniowo. — Wnioski teoretyczne, tyczące się kojarzenia, wysnuto następujące: 1) Wybór wyobrażeń skojarzonych do podniet afektywnie zabarwionych cechuje afektywność psychiczna; treść kojarzenia zależy od popędów afektywnych wywołanych przez podnietę. 2) Wymienianie wyobrażenia zabarwionego pozytywnie, pomijanie pojęć zabarwionych negatywnie, jest formą zaspokajania popędu afektywnego. 3) Kojarzenie do podniet zabarwionych afektywnie bywa utrudniane przez wzruszeniowe zabarwienie podniety. 4) Kojarzenie do podniet obojętnych jest procesem automatycznym, psychicznie biernym, zależnym od uprzednich przyzwyczajeń i przystosowań kojarzącego.

2) Czł. E. Godlewski jun. przedstawia pracę p. T. Dzierzkowskiego p. t.: **Studya nad rozwojem beztlenowców w pożywkach z wolnym dostępem i bez dostępu powietrza.**

Autor hodował trzy gatunki beztlenowców bezwzględnych (laseczniki obrzęku złośliwego, szelestnicy i tężca) jednocześnie w pożywkach z wolnym dostępem i bez dostępu powietrza. Z pośród użytych pożywek najlepszemi do hodowania wspomnianych beztlenowców okazały się: bulion z dodatkiem ziemniaka suchego (bulionu 10—15 cm^3, ziemniaka 0·4—0·75 g) oraz bulion z dodatkiem wątroby cielęcej lub mysiej, bądź świeżej, bądź wysuszonej (bulionu 10—15 cm^3, wątroby wysuszonej 0·5—0·75 g lub wątroby świeżej 1·0—1·5 g). W wymienionych pożywkach beztlenowce rozwijały się nietylko nie gorzej, niż w głębokim agarze cukrowym, w bulionie pod warstwą parafiny stałej lub płynnej, albo w rurkach Buchnera i Novyego, ale nawet lepiej. Beztlenowce, zaszczepione do bulionu, zawierającego kawałek wysuszonego ziemniaka lub kawałek wątroby świeżej albo wysuszonej, rozwijały się zawsze mimo wolnego dostępu powietrza, podczas gdy w głębokim agarze cukrowym, w bulionie pod warstwą parafiny stałej, albo w atmosferze beztlenowej w rurkach Novyego i Buchnera niezawsze udawało się je hodować. Zarodniki wytwarzały się zarówno w pożywkach trzymanych w atmosferze powietrznej, jak i w atmosferze beztlenowej.

Oddział rzeszowski Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Posiedzenie d. 24. V. 1914.

Po kilkunastoletniem milczeniu zebrała się dnia 24. V. rzeszowska Sekcya Towarzystwa lekarzy galicyjskich. Z tutejszego grona kolegów zaledwie trzech należy do Towarzystwa. Kilku kolegów należy do Krajowego Związku lekarzy; reszta zaś nigdzie nie należy i niczem się nie interesuje.

Programem posiedzenia było omówienie spraw ogólnych, ze względu jednakowoż na szczupłe grono zebranych odroczono dyskusyę na ten temat do następnego posiedzenia. Poruszono sprawę założenia Towarzystwa zwalczania gruźlicy wraz z odpowiednią stacyą dla udzielania chorym porady lekarskiej. Postanowiono odnieść się o wskazówki do prof. Dr Wiczkowskiego.

Na zakończenie posiedzenia przedstawił kol. Dr Hinze chorych z zakresu chirurgicznego, leczonych w tutejszym szpitalu powszechnym, a mianowicie: chorą po **laminektomii**, wykonanej z powodu gruźlicy kręgów i następowego porażenia nóg; chorą po **resekcyi jelita**, chorą po **wycięciu nadpochwowem macicy** włókniakowej, chorą po operacyi **torbieli jajnikowej**, chorą po operacyi **wyrostka robaczkowego**, chorego po operacyi **przepukliny** uwięzłej ze zgorzelą jelita, oraz szereg chorych leczonych na gruźlicę stawową i kostną **sposobem Calota.**

II. Zjazd lekarzy prowincyonalnych Królestwa polskiego

w d. 31. maja i 1. czerwca 1914 w Lublinie.

Sprawozdawca **Dr W. Jasiński** (Lublin)

III. Posiedzenie

(w poniedziałek 1. czerwca 1914 o godz. 9 rano).

Prezydyum: J. Szawelski (Siedlce), J. Puterman (Sosnowiec), S. Sitkowski (Radzyń); sekretarze: Borsukiewicz, Prussak, Wąsowski.

1) Dyskusya nad wnioskami z odczytu M. Arnsztajna (z Lublina) **co do zaradzenia brakom w wykształceniu lekarzy prowincyonalnych** (podanymi w poprzedniem sprawozdaniu).

a) J. Zawadzki (z Warszawy) zaznacza, że podział lekarzy na wielkomiejskich i prowincyonalnych nie jest słuszny: nauka zdemokratyzowała się i jest dostępna zarówno dla lekarzy warszawskich, jak i prowincyonalnych; niema i nie może być różnic pomiędzy lekarzem warszawskim, a łódzkim i lubelskim. Lekarze polscy naogół stoją na wysokości zadania, a że są wśród nich ludzie, którzy nie chcą pracować, to zarówno w Warszawie, jak na prowincyi zależy to tylko od cech osobnika i uogólnieniom nie podlega. Pisma lekarskie robią, co mogą; wszystkie stawiają sobie za zadanie kształcenie lekarzy, lecz nie jest bynajmniej wskazane, by unikać miały kazuistyki, która jest podstawą naszej wiedzy klinicznej. Nie mogąc dla braku czasu omówić wszystkich wniosków prelegenta, zaznacza mówca, że zakładanie nowych pism jest niemożliwe, choćby ze względów materyalnych. Towarzystwo samokształcenia jest mrzonką niewykonalną w obecnych warunkach, powinny zająć się tem Towarzystwa lekar-

skie; prelegentów łatwiej sprowadzić, niż lekarzom prowincyonalnym jeździć na kursa.

b) A. Puławski (z Warszawy) sądzi, że prelegent za mało krytycznie przedstawił odpowiedzi na rozesłaną ankietę: obraz, przez niego przedstawiony, byłby wielce przygnębiający, gdyby był prawdziwy. Prawdą jest, że lekarze nasi pracują w warunkach ciężkich, że trudno im się kształcić i utrzymać na wyższym poziomie wiedzy i zadań społecznych; trudności te jednak są pokonywane, czego dowodem są choćby Zjazdy, sumienne prace w pismach lekarskich, ulepszanie szpitali i t. p. Wszyscy żyjemy w warunkach trudnych, nienormalnych, odczuwając nieraz brak... tlenu, lecz jak względne beztlenowce mamy nadzieję, że ów tlen na nas spłynie. Samokrytyka jest dobra i potrzebna, nie należy jednak wpadać w Weresajewszczyznę! Zadaniem naszem byłoby ułatwić to ciężkie życie lekarzy, oszczędzić im utraty sił, jakie ponoszą dla zdobywania tego, co gdzieindziej łatwo przychodzi, o czem myśli państwo, gminy i t. p. Można przeto zgodzić się na niektóre wnioski prelegenta, lecz z pewnemi zmianami; co do pisma n. p., to stwarzanie organu, poświęconego specyalnie samokształceniu, byłoby zbyteczne, wszak próby podobne nie udały się już dla braku autorów i prenumeratorów. Każde z istniejących pism może łatwo ramy swe rozszerzyć i odpowiedzieć stawianym żądaniom, o ile znajdzie poparcie autorów i odbiorców.

c) Br. Sawicki (z Warszawy) znajduje, że szeroka dyskusya, stawianie ostatecznych wniosków na zebraniu ogólnem, nie doprowadzą do celu i proponuje wybranie komisyi, któraby zajęła się sprawą i zrobiła to, co uzna za możliwe.

d) K. Rozenfeld (z Częstochowy) sądzi, że gdyby nawet obraz, odmalowany przez prelegenta (M. Arnsztajna), uznać za zbyt jaskrawy, zgodzić się trudno, abyśmy mogli uważać się za stojących na wysokości zadania: Towarzystwa lekarskie w większości przypadków nie mogą spełniać należycie swych zadań i w przyszłości dążyć należy do podniesienia ich poziomu nankowego. Czytelnictwo również rozwinięte jest słabo, tworzenie zaś organu prowincyonalnego z wielu względów byłoby trudne. Należy prosić redakcye pism istniejących o uwzględnianie kierunku praktycznego, odpowiadającego potrzebom lekarzy prowincyonalnych.

e) St. Rechniowski (z Piotrkowa) staje w obronie lekarzy prowincyonalnych, uważając, że postawione im zarzuty są mało lub wcale nie uzasadnione. W szczególności nieuzasadniony jest zarzut co do niższego stopnia wykształcenia ogólnego lekarzy prowincyonalnych: na wykształcenie ogólne składają się wszak czynniki takie, jak wrodzone zdolności i upodobania, wychowanie, wykształcenie szkolne, wreszcie zawodowe wykształcenie uniwersyteckie; wszystkie te czynniki nie mają nic wspólnego z późniejszem stanowiskiem lekarza prowincyonalnego, względnie wielkomiejskiego. — Co do braków fachowych lekarzy prowincyonalnych, przyznać można, że nie mając pomocy naukowej (pracownie chemiczne, bakteryologiczne i t. p.), nie mogą oni częstokroć zebrać materyału, jaki jest potrzebny choćby do prawidłowego rozpoznania choroby. Zato lekarz prowincyonalny doprowadza do większej nieraz od stołecznego doskonałości dostępne dla siebie metody badania (wzrok, słuch, czucie). Wreszcie podnieść należy, że lekarz prowincyonalny chcąc nie chcąc musi być w warunkach swej pracy działaczem społecznym i pod tym względem przewyższa stanowczo lekarzy wielkomiejskich.

f) A. Szczepaniak (z Radomia) zauważył w odczycie prelegenta intencyę nadania pracy lekarza prowincyonalnego większego rozpędu dla osiągnięcia korzyści przez całe społeczeństwo. U nas natomiast istnieje wśród lekarzy intencya do podziału chorych na kategorye, na obywateli pierwszej i drugiej klasy i t. p. Tu mówca przeszedł do szeregu ogólnikowych określeń, co wywołało na sali liczne głosy, że przemówienie jego niema związku z tematem rozpraw; wobec tego, że upłynęło przepisane w regulaminie 5 minut, przewodniczący oddał głos następnemu mówcy.

g) S. Sterling (z Łodzi) stawia ankiecie prelegenta jedyny zarzut: należało zapytać także, jakie są zalety lekarza prowincyonalnego, wówczas odpowiedź wypadłaby równie różowo, jak ciemną się stała, gdy zapytano o braki lekarzy. Jedną z cnót lekarzy prowincyonalnych jest rozwój »talentów« lekarskich: pozbawieni możności korzystania z pomocy dyagnostyki technicznej, rozwijają oni w sobie doskonałą wrażliwość, spostrzegawczość i t. p. — Tak zw. samokształcenie lekarzy prowincyonalnych może być osiągnięte nie zapomocą dostarczania w pismach monografii, popularyzujących medycynę, lecz przez umożliwienie i zachęcanie do pracy literackiej samodzielnej. Opracowanie jednego tematu nieraz więcej nauczy, aniżeli przeczytanie całego tomu; taką pracę podjąć powinno jedno z pism lekarskich istniejących lub osobno w tym celu stworzonych.

h) J. Puterman (z Sosnowca), przedstawia opracowany przez siebie i S. Weinziehera następujący wniosek w sprawie podniesienia poziomu naukowego lekarzy prowincyonalnych.

»Zważywszy, że lekarze prowincyonalni, obarczeni działalnością czysto praktyczną i niemający zresztą możności pracować naukowo, wobec braku na prowincyi odpowiednich warsztatów pracy, mogą śledzić za rozwojem nauki lekarskiej tylko zapomocą odpowiedniej lektury lub wymiany spostrzeżeń w Towarzystwach lekarskich; że jednak najwięcej nadaje się do tego połączone z odpowiedniemi demonstracyami żywe słowo osób, pracujących naukowo i temsamem stojących zawsze na wysokości opracowywanych przez nich działów nauki lekarskiej; — byłoby bardzo pożądanem, aby koledzy, odpowiadającv wymienionym warunkom, zechcieli zorganizować odpowiedni komitet prelegentów, którzyby za pewnem wynagrodzeniem wygłaszali w Towarzystwach lekarskich prowincyonalnych systematyczne odczyty z uprawianych przez nich dziedzin wiedzy lekarskiej«.

i) M. Arnsztejn odpowiada: Należy zapobiegać temu, by uchwały Zjazdów nie pozostawały na papierze. Towarzystwo samokształcenia zapewne prędko i łatwo do skutku nie dojdzie ze względów formalnych, lecz dążyć doń powinniśmy; tymczasem byłby pożądany wybór odpowiednich ludzi, którzyby zajęli się sprawą samokształcenia lekarzy; gdyby zachodziły nawet przeszkody formalne, zrażać nas nie powinny. Istniejącej prasie lekarskiej prelegent zarzutów nie czyni, wiedząc, w jak trudnych pracuje warunkach. Organ, poświęcony samokształceniu, uważa za potrzebny: lekarz na prowincyi musi mieć pismo, które odpowiadałoby jego potrzebom, pisma takie wydawane są wszak tam, gdzie lekarze mają do rozporządzenia uniwersytety, akademie praktyczne i t. p., czego my nie posiadamy. Ankieta i odczyt nie miały na celu nagany dla lekarzy prowincyonalnych, lecz wskazać miały, w jakich warunkach odbywa się praca umysłowa i fachowa lekarzy prowincyonalnych i znaleźć sposoby dopomożenia tym lekarzom w ich wysiłkach na drodze samokształcenia.

2) Dr E. Wiszniewski (z Siedlec): **Metoda Calota w leczeniu gruźlicy chirurgicznej na zasadzie przypadków, spostrzeganych w ostatniem trzechleciu w szpitalu N. M. P. w Siedlcach** (drukowane w Medycynie i Kronice lekarskiej Nr 22 (1914), str. 458).

Dyskusya: a) L. Zembrzuski: Sprawa leczenia gruźlicy chirurgicznej stanowi prawdziwą bolączkę nietylko lekarzy prowincyonalnych, lecz i w miastach większych, należy się przeto wdzięczność prelegentowi za poruszenie tego tematu. Leczenie gruźlicy chirurgicznej w szpitalach wielkomiejskich daje złe wyniki, stan chorych poprawia się natomiast, gdy ich umieścimy na wsi; im dalej od miasta położony jest szpital, tem większe osiąga powodzenie w leczeniu gruźlicy kostnej. Leczenie gruźlicy chirurgicznej

trwa naogół długo (6—8 lat), w naszych warunkach jeszcze dłużej, co wywołuje u chorych niezamożnych i mniej kulturalnych zniechęcenie do lekarzy i uciekanie się do pomocy felczerów, znachorów i t. p. Jedyną radą na tak smutny stan rzeczy byłoby stworzenie w Królestwie Polskiem odpowiedniego sanatoryum (projekt ten już istnieje); tymczasem możliwe jest współdziałanie lekarzy miejskich z wiejskimi. Co do zabiegów, L. radzi stanowczo zaniechać kąpieli systematycznych, zwłaszcza w gruźlicy wielkich stawów i kręgosłupa; stosowanie w tych razach kąpieli jest wprost błędem zawodowym.

b) J. Gliński (z Łaska) zgadza się, że w gruźlicy stawu biodrowego leczenie zachowawcze daje lepsze wyniki; co do stawów kolanowego, skokowego i łokciowych, uważa za godną polecenia metodę Wrześniowskiego (z Częstochowy), polegającą na szerokiem otwarciu stawów i wyskrobaniu wszystkich ognisk; wpływa to znacznie na lepsze odżywienie chorych, uwolnionych od ogniska gruźliczego. U dzieci lepiej jest istotnie unikać noża. — Przesądy naszego ludu należy zwalczać, zachęcając do racyonalnego leczenia.

c) Br. Sawicki (Warszawa) podnosi, że jednym z najważniejszych czynników leczenia gruźlicy miejscowej jest klimat; stąd prowincya znajduje się istotnie w lepszych warunkach niż Warszawa, gdyż Warszawa nie może dać chorym odpowiedniego powietrza. Wobec tego jednak, że zbyt mało lekarzy naszych zajmuje się sprawą leczenia gruźlicy, brak nam danych co do wyników, jakie w naszym klimacie dać może leczenie zachowawcze i brak wskazówek, jak należałoby u nas przystosować do warunków klimatycznych i kulturalnych zalecane gdzieindziej sposoby. Stąd zasługa prelegenta, że zajął się tą sprawą. S. zwraca dalej uwagę, że prelegent nie przytoczył w odczycie wieku leczonych (co wpływa na wynik leczenia) i nie zaznaczył, czy prócz metody Calota stosował inne sposoby, jak naświetlania słoneczne, wynoszenie chorych na powietrze i t p.

d) Prelegent (E. Wiszniewski) dziękuje poprzednim mówcom za dopełnienia jego odczytu. Co do metody otwartego leczenia gruźlicy stawów, uważa ją za niebezpieczną; przypadki Wrześniowskiego, leczone tą metodą z dobrym skutkiem, uznano za niegruźlicze. Lekarz może i powinien walczyć z przesądem ludu, nie może jednak pokrywać kosztów leczenia chorych, którzy ze względów materyalnych nie mogą lub nie chcą leczyć się długo. Uwagi Sawickiego co do znaczenia wieku chorych nie podziela w zastosowaniu do metody Calota, gdyż ta metoda w gruźlicy zamkniętej daje bez względu na wiek $^{9}/_{10}$ dobrych wyników (z zachowaniem ruchomości stawów). Co do lepszych warunków leczenia w szpitalach prowincyonalnych, ulegamy tu bodaj złudzeniu wobec opłakanego stanu higienicznego tych szpitali.

3) St. Sitkowski (z Radzynia, ziemi podlaskiej): **O sfigmomanometryi w praktyce lekarza prowincyonalnego:** W ciśnieniu krwi rozróżniamy dwa poziomy: pierwszy, odpowiadający końcowi skurczu serca, ciśnienie skurczowe (systoliczne), maksymalne, drugi — końcowi rozkurczu, ciśnienie rozkurczowe (dyastoliczne), minimalne. Ciśnienie skurczowe (Mx) jest wynikiem współdziałania 3 czynników: siły skurczu serca, własności fizyko-chemicznych krwi i stanu naczyń. Ciśnienie rozkurczowe (Mn) zależy przeważnie od dwóch ostatnich czynników i wyraża opór, jaki serce spotyka na obwodzie Różnicę tych poziomów, t. zw. ciśnienie tętna (PD lub PP), uważać możemy z pewnemi zastrzeżeniami za miarę siły skurczu, w każdym razie jest ona do niej proporcyonalna. — Palcem przy badaniu nie możemy określić ciśnienia. Nawet tętnopis nie daje nam o tem wyobrażenia (zestawienia sfigmogramów absolutnych z krzywemi tętna). Samo Mx nie daje pojęcia o istocie zaburzeń.

Dla praktyki codziennej najlepszy jest przyrząd Riva-Rocci-v. Recklinghausena Mx najlepiej określać metodą osłuchową.

Normą ciśnienia jest dla Mx 110—130, dla Mn 70 do 90, dla PP, 40—60. Rozstrzygają nie cyfry bezwzględne, lecz stosunek Mx do Mn. — W stanach chorobowych następuje ciśnienie nadmierne (hypertensio), albo niedostateczne (hypotensio). Ciśnienie nadmierne bywa bezwzględne i oznacza wyrównanie zupełne, nieraz nadmierne; względne — wyraża niezupełne wyrównanie, a rzekome (hypertensio spuria s. insufficiens) jest wyrazem hyposystolii, a nawet asystolii. Nizkie Mx przy wysokiem Mn (hypertensio spuria) jest złym prognostycznym objawem w stwardnieniu tętnic (angina pectoris, oedema plm.). Ciśnienie niedostateczne bywa: bezwzględne w ciężkich stanach gorączkowych, względne cechuje asystolię, a rozkurczowe jest objawem wysoce charakterystycznym dla niedomykalności zastawek aorty. Z danych tych wynikają dla oryentacyi następujące wskazówki: 1) Za podstawę do oceny zaburzeń krążenia służy stosunek Mx do Mn. 2) Zbliżanie się tych poziomów kosztem spadku Mx wyraża niedomogę serca względną, kosztem zaś jednoczesnego spadku Mx i wzrostu Mn — niedomogę bezwzględną. 3) Rozchodzenie się tych poziomów kosztem wzrostu Mx wyraża hypersystolię, kosztem zaś wzrostu Mx i spadku Mn, eusystolię. Autor pokazuje na własnych zdjęciach ewolucye w jednym i drugim kierunku, a na schemacie Mastincta teoretyczną ewolucyę asterio-veno-kardiosklerozy.

Praktyczne znaczenie tej metody jest wielkie. Wskazując, gdzie leży przyczyna zaburzeń, pozwala ona stosować leczenie rzeczywiście racyonalne i skuteczne, z drugiej zaś strony unikać szablonowego i nieraz bardzo szkodliwego leczenia, jakiem jest n. p. nieoględnie i nie w odpowiednim czasie stosowane podawanie jodu w stwardnieniu tętnic. Nie małoważną zaletą jej jest także zmuszanie praktyka do głębszej analizy fizyopatologicznej. Zarzuty, stawiane tej metodzie, są przeważnie niesłuszne. Jest ona na równi z innemi metodami badania czynności ustroju nerek, wątroby i t. d. cechą »par excellence« współczesnej medycyny, opartej na fizyopatologii, i blizkim jest czas, kiedy bez niej nikt nie odważy się leczyć zaburzeń krążenia, jak bez termometryi — stanów zakaźnych.

Dyskusya: a) K. Rozenfeld (z Częstochowy) sądzi, że badanie ciśnienia krwi może dać wyniki pewne tylko przy systematycznem powtarzaniu badania: badanie jednorazowe wobec ożywionej gry nerwów naczynioruchowych może być powodem wniosków nieścisłych. Określenie ciśnienia krwi oddaje niezaprzeczone usługi w rozpoznawaniu początkowego okresu stwardnienia tętnic, w zapaleniu nerek przewlekłem i w niedomykalności zastawek tętnicy głównej. Badanie systematyczne ciśnienia tętna w chorobach serca i stwardnieniu tętnic może nawet dawać ważne wskazówki w rokowaniu. Jednoczesne badanie lepkości krwi w celu określenia sprawności mięśnia sercowego, jak to twierdzi Martinet, jest zbyteczne, mówca przekonał się w badaniach własnych, że przy jednakowem ciśnieniu krwi stan lepkości może być zupełnie różny i wyprowadzane stąd wnioski bardzo niepewne.

b) S. Sterling (z Łodzi) zaznacza, że badanie ciśnienia krwi jest doskonałą metodą rozpoznawczą, lecz samo przez się nie jest dostateczne w rozpoznawaniu i rokowaniu. Co do techniki, przyrząd Riva-Rocci najlepszy jest do określania maximum, do minimum lepszy bez porównania jest przyrząd Pachona.

c) Przewodniczący (J. Szawelski) wnosi, że w przyszłości większa liczba lekarzy stosować powinna badanie ciśnienia krwi i tętna.

d) Prelegent (St. Sitkowski) zgadza się z poprzednimi mówcami w sprawach przez nich poruszonych.

4) W. Chodźko (Czerwony Dwór, ziemia warszawska): **O zadaniach lekarza-praktyka w zakresie psychiatryi.** Prelegent omówił w krótkości sposoby i środki, jakie przedsięwziąć powinien lekarz-praktyk w przypadkach ostrych chorób umysłowych; najwięcej miejsca jednak

poświęcił zapobieganiu chorób umysłowych i znaczeniu działalności lekarza w tym względzie. Wyczerpująco i wszechstronnie przedstawił prelegent zadanie społeczne lekarza: wskazał więc na znaczenie lekarza szkolnego pod względem zapobiegania nerwicom, mówił o konieczności walki z alkoholizmem i przymiotem, (gdyż sprawy te, jak dowiódł liczbami, w znacznej większości przypadków są przyczyną chorób umysłowych), o zapobieganiu małżeństwom osób chorych lub obarczonych dziedzicznie, o szkodliwości nadużyć płciowych i środków zapobiegania ciąży, słowem przedstawił całokształt tego, co myślący lekarz zrobić może dla uzdrowotnienia społeczeństwa.

Dyskusya. a) N. Czarnocki (z Wiszniowa, gub. wileńskiej) wnosi, aby ze względu na to, że praca Dra Chodźki obok wartości naukowej ma wysokie zalety pracy popularnej, Zjazd zalecił ją do osobnego wydania w postaci broszury popularnej.

b) H. Kaczyński (Parczew, z. Siedlecka) wskazuje, że oprócz nadużycia alkoholu lud nasz pali nadmiernie tytoń i używa do picia eteru (anodyny). Lekarz prowincyonalny dużo zrobić może w zwalczaniu tych nałogów, gdyż włościanin częściej od człowieka inteligentnego słucha lekarza i zarzuca palenie. Następnie K. uważa za wskazane wszczęcie starań o ułatwienie rozwodów w małżeństwach, gdzie jedno z małżonków obarczone jest chorobą umysłową.

c) A. Pański (Łódź) zwraca uwagę, że niedopuszczalność małżeństw osobników o zbrodniczych instynktach lub skłonnych do chorób umysłowych, nie zapobiega dostatecznie płodzeniu poza małżeństwem dzieci zwyrodniałych i chorych; nie powinniśmy przeto poprzestawać na niedopuszczaniu do małżeństw podobnych osób, lecz dążyć należy do uniemożliwienia im płodzenia dzieci drogą wytrzebienia.

d) A. Staniszewski (z Lublina) jest tego zdania, że lekarz zawsze i wszędzie powinien zabraniać używania napojów wyskokowych i nawołując do wstrzemięźliwości, działać powinien nietylko słowem, lecz osobistym przykładem.

e) W. Rogiński (Kolno, z. łomżyńska) zwraca uwagę, że dotąd dawką alkoholu, jako leku, jest kieliszek i pragnie, aby Zjazd zalecił lekarzom powstrzymanie się od stosowania alkoholu w celach leczniczych do czasu ustalenia ścisłego dawkowania.

f) Prelegent (W. Chodźko) odpowiada, że nałóg palenia, aczkolwiek niezawodnie szkodliwy, niema znaczenia w powstawaniu chorób umysłowych. Ingerencya lekarzy w sprawie małżeństw już zawartych i dążenie do zmiany prawa kanonicznego nie wydaje się prelegentowi możliwem. Sprawa trzebienia zapobiegawczego jest już ustawowo załatwiona w kilku stanach Ameryki północnej, dorywczo zaś znalazła zastosowanie w Szwajcaryi; poglądy na tę sprawę nie są jednak ustalone i zdania lekarzy w tym względzie tak jeszcze sprzeczne, że sprawa nie nadaje się dotąd do szerszego popularyzowania i agitacyi lekarzy. Wreszcie, uzupełniając wniosek Dra Staniszewskiego, wnosi prelegent, aby uczty i przyjęcia na zjazdach lekarzy prowincyonalnych były ściśle bezalkoholowe.

5) Sekretarz komitetu organizacyjnego odczytał zgłoszone do prezydyum **wnioski komisyi regulaminowej,** która do projektu regulaminu, opracowanego przez komitet I. Zjazdu w Łodzi, dodała tylko uwagę, że na Zjazdach lekarzy prowincyonalnych należy unikać podziału na sekcye Komisya poleca komitetowi organizacyjnemu II. Zjazdu ostateczną redakcyę regulaminu, wydrukowanie go w większej liczbie egzemplarzy i przesłanie komitetowi następnego Zjazdu. Wnioski komisyi przyjęto bez dyskusyi.

6) J. Gliński (Łask, z. piotrkowska): **Kilka słów o znieczulaniu rdzeniowem.**

Po wstępie historycznym omówił prelegent szczegółowo metodę znieczulania rdzeniowego (technikę, wskazania i przeciwwskazania, powikłania) oraz zestawił 200 przypadków, operowanych w ciągu lat 5 w szpitalu powiatowym w Łasku. Otrzymane wyniki co do znieczulenia wynoszą: pełne znieczulenie 89%, częściowe 7%, brak znieczulenia w 4%. Zaburzenia po znieczuleniu występowały w 5,5% przypadków podczas zabiegu i w 16% po zabiegu, w tem jeden tylko przypadek ciężkiego zapadu, zakończony pomyślnie; przypadków porażeń i śmierci nie było. Zdanie swe o tej metodzie streszcza prelegent w słowach: »Wierzę, że z chwilą, kiedy wynaleziony zostanie pewny i nietrujący środek znieczulający, tryumf tej metody będzie zupełny«.

W dyskusyi a) E. Wiszniewski (z Siedlec) przypomina, iż zdania co do metody znieczulenia rdzeniowego są bardzo podzielone: Rovsing z Kopenhagi twierdzi n. p., że każdy, kto stosuje tę metodę, powinien być uznany za świadomego zabójcę chorego; jest to oczywiście zdanie krańcowe, lecz przyznać trzeba, że metoda ta ma jeszcze znaczne wady i nie może liczyć na szersze rozpowszechnienie. W. zachęca do wypróbowania sprawności nerek przed zastosowaniem uśpienia chloroformowego (kryoskopia, indygo-karmin); przy sprawnych nerkach uśpienie to niebezpieczeństwa dla chorego nie przedstawia.

b) J. Dehnel (Będzin) wyraża zdanie, że metody rdzeniowej nie należy polecać ze względu na niebezpieczeństwo zatrucia, nawet przy stosowaniu tropakokainy. Metoda naogół mało jest rozpowszechniona; u nas ma gorących zwolenników, lecz statystyka ich (5 przypadków śmiertelnych na 1500 w statystyce Kadera) nie jest zbyt zachęcająca.

c) T. Meyer (Tomaszów rawski) wnosi, że ze względu na niemożliwość cofnięcia dawki już wstrzykniętej po wystąpieniu objawów zatrucia oraz na częstość idyosynkrazyi nie można polecać znieczulenia rdzeniowego, tembardziej, że w celu możliwego ograniczenia dawki chloroformu mamy do rozporządzenia znieczulenie mieszane: skopolamin-morfinę + chloroform.

d) H. Kaczyński (Parczew) stwierdza, że dla lekarzy prowincyonalnych, pozbawionych pomocy, nader ważnę są sposoby znieczulania bez uśpienia ogólnego; należałoby przeto istotnie dążyć do wynalezienia środków najmniej trujących. Na razie czy nie dałoby się zastosować do znieczulenia rdzeniowego płynów mniej zgęszczonych. Metody znieczulania miejscowego, dostępne dla lekarza prowincyonalnego, za mało są dotąd rozpowszechnione.

e) S. Rechniowski (Piotrków) sądzi również, że dla lekarza prowincyonalnego wielkie znaczenie mają metody, pozwalające uniknąć uśpienia ogólnego. Nie można jednak polecać metody, która daje śmiertelność 1:470, gdy uśpienie chloroformowe tylko 1:3600. Natomiast godne polecenia są wstrzykiwania nowokainy w pnie nerwowe i do tkanek; w znieczuleniu tem można wykonywać nietylko małe zabiegi, lecz i większe (nawet takie, jak sectio alta, gastroenterostomia).

f) Prelegent (J. Gliński) odpowiada: 1) Częstokroć na prowincyi operować musimy chorego natychmiast po przyniesieniu do szpitala i niema mowy o wykonywaniu prób sprawności nerek przed uśpieniem. 2) Zbytni entuzyazm jest oczywiście naganny, lecz nigdzie może nie trzeba tak bardzo przypominać o »aurea mediocritas«, jak przy ocenie tej właśnie metody; faktem jest, że przy ostrożnem jej stosowaniu z uwzględnieniem przeciwwskazań uniknąć można powikłań. Idyosynkrazya odnosi się przeważnie do kokainy, którą obecnie zarzucono. Prelegent zgadza się, że inne sposoby znieczulania miejscowego zasługują na większe niż dotychczas rozpowszechnienie, wątpi jednak, czy znieczulenie to wystarcza do operacyi brzusznych, gdyż pociąganie trzew wywołuje ból i zmusza zwykle do zastosowania podczas operacyi uśpienia ogólnego.

7) J. Dehnel (z Będzina): **Rzut oka na obecny stan wiadomości naszych o ważniejszych postaciach chorób nerkowych.** Odczyt ten przedstawiał streszczenie obszerniejszej pracy autora, ogłoszonej w »Medycynie i Kronice lekarskiej« p. n.: »Stan współczesny rozpoznania, patologii

i leczenia chorób nerkowych« — oraz wykładu klinicznego »O gruźlicy nerek«, podanego w zjazdowym numerze »Medycyny i Kroniki lekarskiej« r. 1914, Nr 22. Z powodu spóźnionej pory dyskusyi po odczycie nie było i posiedzenie zakończono.

I. Zjazd higienistów polskich we Lwowie.

Ostateczny program Zjazdu jest następujący:

Sobota, 18. lipca: Zebranie w salach Koła literacko-artystycznego we Lwowie (główne wejście z Pasażu Mikolascha) celem wzajemnego poznania się, o godz. $8^1/_2$ wieczorem.

Niedziela, 19. lipca: O godz. 9. rano uroczyste nabożeństwo w kościele katedralnym; o godz. 10 rano w teatrze miejskim otwarcie Zjazdu, od godz. 3—6 popołudniu posiedzenia poszczególnych sekcyi w Politechnice; o godz. 6 zebranie i podwieczorek na placu Powystawowym połączony z festynem.

Poniedziałek, 20. lipca: Od godz. 9—12 rano i od 3—6 popoł. posiedzenia sekcyjne; o godz. 9 wieczorem przyjęcie delegatów przez Komitet gospodarczy w salach Kasyna miejskiego.

Wtorek, 21. lipca: Od godz. 9—12 rano posiedzenie plenarne przy udziale wszystkich sekcyi w auli Politechniki; od godz. 3—6 popoł. posiedzenia sekcyjne; o godz. 9 wieczorem raut, wydany przez Reprezentacyę m. Lwowa w salach ratuszowych dla członków Zjazdu.

Środa, 22. lipca: o godz. 9. rano w auli Politechniki zamknięcie Zjazdu.

Po zamknięciu Zjazdu rozpoczną się wycieczki krajoznawczo-balneologiczne. Szczegółowy program wycieczek oraz plan podróży wraz z podaniem kosztów podany będzie tuż przed Zjazdem. Bliższych szczegółów w sprawie wycieczek udziela gospodarz Zjazdu Dr Witold Ziembicki, Lwów, Bielowskiego 6, u wylotu Pasażu Mikolascha.

Biuro Zjazdu w piątek, sobotę i niedzielę (17. 18. i 19. lipca) mieścić się będzie w Kasynie miejskiem (ulica Akademicka 13), od poniedziałku zaś (20. lipca) w gmachu Politechniki, gdzie również pomieszczona będzie poczta Zjazdu oraz Redakcya Dziennika Zjazdu. Biuro mieszkaniowe będzie nadto czynne na dworcu kolejowym. W sprawie mieszkań zwracać się należy o wyjaśnienia do Dra Zygmunta Danielskiego, plac Bernardyński l. 2.

Komitet gospodarczy I. Zjazdu higienistów polskich.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Czynności redaktora głównego »Przeglądu lek.« objął z dniem dzisiejszym na czas feryi prof. Dr K. W. Majewski (ul. Dunajewskiego 6), do którego też należy się zwracać we wszelkich sprawach redakcyjnych.

— Krajowa Rada zdrowia zajmowała się na posiedzeniu w d. 4 VII. b. r. we Lwowie następującemi sprawami: podręczniki somatologii i higieny, sprawa lekarzy specyalistów, zwłaszcza znawców sądowych, prywatne zakłady porodowe.

— Dyplom doktorski uzyskali: pp. Jan Raczyński, rodem z Wadowic, Władysław Kulczyński, rodem z Krakowa, Stanisław Woliczko, rodem z Wiśnicza Nowego i p. Dora Wasserberg, rodem z Krakowa.

— Zarząd biblioteki Tow. lekarskiego krakowskiego składa serdeczne podziękowanie WPanu Dr Serkowskiemu i Drowi T. Heimanowi z Warszawy za dzieła darowane bibliotece. — Dr M. Blassberg, bibliotekarz.

— Magistrat miasta Krakowa rozesłał do szpitali, zakładów leczniczych, władz administracyjnych i szkolnych i t. p. następujące pismo: »C. k. Ministerstwo spraw wewnętrznych odniosło się rozporządzeniem swem z dnia 24. kwietnia 1914 l. 1650/S. do c. k. Namiestnictwa we Lwowie z poleceniem zarządzenia wstępnych dochodzeń w sprawie obecnych rozmiarów zimnicy. Wskutek rozporządzenia c. k. Namiestnictwa z dnia 22. maja 1914 r. l. VII. b. 1264/9 uprasza Magistrat o podanie dat, dotyczących przypadków zimnicy, o których wiadomo we własnym zakresie działania i wszelkich czynników, pozostających w związku z tą chorobą, a w szczególności podania imienia i nazwiska chorych, ich wieku, miejscowości, z której chorzy na zimnicę pochodzą (czy tam są stawy, sadzawki, bagna, dzikie strumyki), przebiegu choroby, sposobu leczenia, nawrotów chorobowych, wystąpienia chery zimniczej i t. p. Magistrat uprasza o rychłą odpowiedź, nawet ujemną, gdyż uzyskane daty mają posłużyć do wydania zarządzeń, mających na celu zwalczanie epidemii tej choroby przez ustanowionych ku temu płatnych lekarzy i przydanych im pomocników. Czynności tych lekarzy będą polegały najpierw na wyśledzeniu, zbadaniu i spisaniu wszystkich chorych w okręgach przydzielonych, w razie potrzeby sporządzaniu i wysłaniu preparatów z krwi osób zbadanych, następnie na rozdzielaniu chininy w celach leczniczych i kontrolowaniu w razie potrzeby, czy chinina istotnie bywa zażywana, wreszcie na stwierdzeniu wyniku leczenia przez peryodyczne badanie leczonych. Czynności te z początku żmudne i trudne, z postępem akcyi będą coraz łatwiejsze«.

Zarazem prosi Magistrat tych lekarzy, którzyby chcieli wziąść udział w zwalczaniu zimnicy, o nadesłanie pisemnego oświadczenia do d. 15. VII. b. r. ze szczegółowem podaniem żądanych warunków.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 14. VI. do 27. VI. 1914 zgłoszono przypadków: błonicy 10 † — (obcych 4 † —), krztuśca 3 † —, ospy wietrznej 6, płonicy 48 † 9 (9 † 4), odry 2 † —, duru brzusznego 3 † — (3 † 2), czerwonki 11 † — (2 † —), gorączki połogowej — † — (1 † 1), róży 3 † 1 (1 † 1), tężca — † — (4 † 2). Dr Janiszewski.

Warszawa. Marya z Chełmickich hr. Stadnicka, która zapisała 300.000 rb. na cele publiczne, przeznaczyła w testamencie m. i. po 10.000 rb. Towarzystwu lekarskiemu i Pogotowiu ratunkowemu w Warszawie.

— Kierownictwo nowo otwartej w Towarzystwie naukowem warszawskiem pracowni chemii fizyologicznej i patologicznej objął Dr Tadeusz Koźniewski, docent i b. asystent Uniwersytetu Jagiellońskiego.

— W Ciechocinku obok istniejącej już dawniej kolonii dla 100 dzieci zołzowatych, ufundowanej przez Hipolita Wawelberga, otwarto obecnie drugą takąż kolonię im. Dr Stanisława Markiewicza, twórcy kolonii letnich (* 1839 † 1911) w nowym gmachu, obliczonym na 120 dzieci. W obu koloniach, przy czterech zmianach miesięcznych, przebywać może corocznie 880 dzieci. Obu koloniami zarządza Towarzystwo kolonii letnich.

— Sanatoryum w Rudce (koło Warszawy) poszukuje od d. 15 lipca II asystenta. Warunki: mieszkanie z całkowitem utrzymaniem oraz 60 rubli pensyi miesięcznej. Zgłoszenia przyjmuje dyrektor Sanatoryum Dr Stanisław Gałecki, p. Mrozy, gub. Warszawska, Król. Polskie.

Łódź. Przed kilku dniami otwarto w Łodzi nowy dwupiętrowy gmach szpitala fabrycznego Towarzystwa akc. I. K. Poznańskiego. Gmach, obliczony na 70 łóżek, kosztował wraz z urządzeniem wewnętrznem 260.000 rb.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 15. VI. do 6. VII. 1914 przypadków: ospy 5 † 6, płonicy 8 † 2, duru wysypkowego — † —, róży 1, czerwonki 1. Dr Trenkner.

Z różnych stron. Na ogólnem posiedzeniu Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu w d. 22. V. (5. VI) b. r. odbył się wykład prof. Dr S. S. Zaleskiego: »Współczesne prądy na polu wychowania fizycznego«, który wywołał bardzo ożywioną dyskusyę.

— Dr Józef Babiński z Paryża mianowany został członkiem honorowym cesarskiego Towarzystwa lekarskiego w Konstantynopolu i Akademii lekarskiej w Rio de Janeiro.

— P. Zofia Sadowska uzyskała w Akademii wojskowo-lekarskiej w Petersburgu stopień doktora medycyny po obronie rozprawy: O działaniu białkowatych aminów na naczynia obwodowe. P. Sadowska jest pierwszą Polką, która zdobyła w Rosyi stopień doktora medycyny.

— Rząd rosyjski ma w najbliższym czasie wnieść do Dumy państwowej projekt utworzenia ministerstwa zdrowia publicznego, żądając na ten cel 400.000 rb.

— Lekarzom, przybywającym do Berlina na studya, udziela bezpłatnie wszelkich potrzebnych informacyi, ułatwia wstęp do klinik i zakładów osobna instytucya, »Kaiserin Friedrich-Haus für das ärztliche Fortbildungswesen« (Berlin N. W. 6, Luisenplatz 2—4), zależna od władz rządowych.

— III Zjazd radiologiczny odbędzie się w Wiedniu 27. VI. do 2. VII. 1915. Informacyi udziela sekretaryat (Dr E. v. Knaffl-Lenz, Wiedeń VIII, Pfeilgasse 21).

— VIII. kurs dla dezynfektorów urządza lekarz naczelny m. Lwowa, dr Legeżyński, od 13 do 20. VII. b. r.

— W Bernie Szwajcarskiem odbędzie 14 — 16 września r. b. XII Zjazd przeciwgruźliczy o następującym programie: 1. Gruźlica a rasa (prelegenci: Calmette — Lille; Hamel — Berlin; Raw — Liverpool). 2. Helioterapia i jej podstawy naukowe (Bang — Kopenhaga; Rollier — Leysin; Raw — Liverpool; Schrötter — Wiedeń). 3. Przygotowanie kobiety do walki z gruźlicą. 4. Leczenie pracą fizyczną w uzdrowiskach a zmiana zawodu (Guinard — Bligny; Liebe; Maher; Raw). Ze zgłoszonych dotychczas wykładów godzi się wymienić: v. Muralt: Przewlekła gruźlica prosówkowa. Krüger: Leczenie gruźlicy płuc światłem kwarcowem. M. Fränkel: Leczenie gruźlicy płuc promieniami Röntgena. Raw: Dozór nad produktami mlecznymi w rozmaitych krajach. Stürtz: Izolacya gruźliczych. — Przed Zjazdem w dniach 6—13 września odbędą się dwie naukowe wycieczki: jedna w kierunku północno-wschodnim od Bazylei i druga w kierunku zachodnio-południowym od Genewy. Bliższe informacye: Berlin W. 35 Schöneberger Ufer. 13. Prof. Pannwitz.

Mianowani: prof. Wenckebach ze Strassburga profesorem medycyny wewn. w Wiedniu.

Zmarli: Dr Franciszek Michalik w 56 r. ż. w Worochcie. Ś. p. Michalik był człowiekiem wielkich zalet i niezwykłej energii. Nie mogąc dla braku środków ukończyć gimnazyum, pracuje jako rzemieślnik, potem kończy seminaryum, przez lat 10 pracuje jako nauczyciel, zanim los pozwolił mu rozpocząć studya uniwersyteckie w Krakowie. Tutaj jedna sobie ogólne poważanie kolegów i przewodnictwo w towarzystwach akademickich. Jako lekarz w Czernichowie zebrawszy z trudem skromne środki, wyjeżdża na studya do Paryża i Wrocławia; po powrocie osiada w Przemyślu, pod koniec życia zakłada wzorowe sanatoryum w Worochcie. Dzielny charakter, rzetelna wiedza i działalność społeczna jednały mu wielu przyjaciół.

Ginekolodzy prof. Kehrer w Heidelbergu, prof. Breus z Wiednia, anatomo-patolog prof. Dean w Aberdeen; Dr Aleksander Pius Bieniewski w 78 r. ż. w Warszawie, Dr Bolesław Wender w 55 r. ż. w Essentukach, Dr Zdzisław Szydłowski w 51 r. ż. we Lwowie, Dr Leon Gałczyński w 30 r. ż. w Warszawie.

Redakcya otrzymała: Klęsk: Kilka uwag w sprawie zwichnięć stawów. (Przegląd chir. i gin. 1914).

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w czerwcu 1914.

Gazeta lekarska. Nr 22—26. (Nr 22. poświęcony II Zjazdowi lekarzy prowincyonalnych). — Lubelskie Towarzystwo lekarskie (22). — Brudziński: Szpital dla dzieci w Radomiu (22). — Erlichówna: Rozedma podskórna w przypadku gruźlicy płuc u dziecka (22). — J. Jaworski: O zmianach serca i w mięśniu sercowym podczas ciąży (22). — Karwacki: Próby określania laboratoryjnego zjadliwości krowianki (22). — Miszewski: Odczyn Abderhaldena w zastosowaniu do chorób umysłowych (22). — Skłodowski: Odma piersiowa powrotna (22). — Sterling: O użyciu oscylometru sfigmometrycznego do badania ciśnienia krwi (22). — Tryjarski: Przypadek gruźlicy gardzieli u 5-letniej dziewczynki (22). — Jaroszyński: W sprawie elektroterapii (22). — 25-lecie odczytów klinicznych, wydawanych przez »Gazetę lekarską« (22). — Kryński: Wrażenia chirurgiczne ze Stanów Zjednoczonych Ameryki półn. (22—25). — Męczkowski (dok. 23). — Sławiński: W sprawie leczenia wylewów krwawych wewnątrzczaszkowych (23—24). — Szpanbok: Udział dynamicznych czynników nerwowych w przebiegu objawów ruchowych po porażeniach połowicznych (24—25). — Bernhardt i Rygierówna: O niedomodze wydzielniczej nerek w pryszczycy pospolitej i pasorzytniczej (25—27). — Lande: Przyczynek do działania leczniczego nakłucia lędźwiowego w zapaleniu opon mózgowordzeniowych (25). — Kowalski: Phlebogramy przy wadach zastawki trójdzielnej (26—27). — Jonscher: Przyczynek do rozpoznawania różniczkowego duru brzusznego i niektórych postaci ostrej gruźlicy dziecięcej (26).

Medycyna i Kronika lekarska. Nr 22—26. (Nr 22 poświęcony II Zjazdowi lekarzy prowincyonalnych). Biegański: Kilka uwag w sprawie etyki zawodowej lekarskiej (22). — Dehnel: Gruźlica nerek (22). — Okuszko: Wyniki leczenia włóknikowego zapalenia płuc surowicą swoistą (22). — Puławski: O reinjekcyi surowicy przeciwpłoniczej (22). — Wiszniewski: Metoda Calota w leczeniu gruźlicy chirurgicznej (22). — Biehler M.: Bakteryologia i terapia krztuśca (23—26). — Gantz: Stan obecny nauki

ZŁOTY MEDAL LWÓW 1907 WYSTAWA PRZYRODNICZO-LEKARSKA: DYPLOM HONOROWY.

ZŁOTY MEDAL, WIEDEŃ 1913 III. MIĘDZYNARODOWA WYSTAWA FARMACEUTYCZNA

STROPHANTHUS

DR WEWIÓRSKI

STROPHANTHUS Dr Wewiórski: glycosidorum solutio definita 1:1000 dosis: 10—20 gutt. per os + 0·5—1·00 ccm pro injectione hypoderm. vitrum asepte clausum — Cor. 3.

Badanie farmakologiczne wykazało, że przetwór powyższy zawiera podaną ilość strophantyny. W smaku jest słonawo-gorżki, jednak smak ten prędko przechodzi i nie jest tak przykry jak tinctura Strophanthi.

Prof. Dr. L. Popielski
prof. farmakologii Uniwersytetu lwowskiego.

217 b

STROPHANTHUS Dr Wewiórski — Pastili quorum singuli continent 0·0005 glycosidorum e semine Strophanthus Kombé dosis singula 1—2 past. vitrum cum 30 past. — Cor. 3.

Badanie przeprowadzone nad pastylkami strophantynowemi Dra Wewiórskiego wykazało, że zatrzymanie akcyi serca u żaby 20 g. wagi występuje w podskórnem wprowadzeniu roztworu dwóch pastylek po 5 minutach, działanie to odpowiada zawartości 1 miligrama czystej strophantyny; w każdej zatem pastylce znajduje się jak podano 0·0005 strophantyny.

Prof. Dr. Popielski
prof. farmakologii Uniwersytetu we Lwowie.

FABRYKA CHEMICZNA „LAOKOON“ WE LWOWIE

rozsyła próbki darmo i opłatnie.

o gruźlicy (23—26). — Luxenburg: Metoda dializacyjna Abderhaldena w zastosowaniu do syfilisu (23). — Finck: O wpływie dyety mięsnej na niektóre postacie cukromoczu (24). — Hertz: W sprawie szpikowego przeistoczenia śledziony wywołanego doświadczalnie (25).

Tygodnik lek. Nr 22—26. Zalewski: O oczopląsie cieplikowym na podstawie własnych badań (22—26). — Leszczyński: Przypadek ciężkiego zatrucia salwarsanem (22—26). — Grossek: Zimnica we Lwowie (23—26).

Nowiny lek. Nr 6: Walewski: Przypadek mięśniąka pęcherza moczowego. — Rosenberg: Walka o salwarsan. — Palmirski: Cholera ze stanowiska epidemiologii, biologii i higieny publicznej. — Chłapowski: Kwestya alkoholowa ze stanowiska lekarskiego. — Dziembowski: O wpływie odżywczym ustroju nerwowego na organizm ludzki.

Lekarz wileński. Nr 5. Giedgowd: O rozpoznaniu i leczeniu trzeciorzędnego przymiotu, a mianowicie skrytych jego postaci. — Hanusowicz: Wypadek pryszczycy, wywołanej rośliną primula obconica. — Wygodzki: O sztucznem poronieniu.

Przegląd chirurg. i ginekol. T. X. Z. 2. Julian Kosiński. (Wspomnienie pośmiertne). — Lewenstern: Z kazuistyki ran kłutych nerki. — Rotberg: Przyczynek do kazuistyki ujemnego działania wysokiego ułożenia miednicy podczas operacyi. — Klęsk: Kilka uwag w sprawie zwichnięć stawów. — Gromadzki: Nowokaina z adrenaliną w praktyce położniczej. — M. Judt: Zwężenia okrężnicy. Z metodyki badań rentgenologicznych.

Postęp okulist. Nr 3—4. Wicherkiewicz: 1) Szpary tarczy wzrokowej w postaci dziur. 2) Kilka słów w sprawie leczenia zatoru tętnicy środkowej siatkówki. — Noiszewski: Plexus chorioideus ophthalmicus.

Neurologia polska. T. 4. Z. 2. Koelichen i Szerszyński: Przypadek urazu rdzenia w części szyjnej z rozszczepieniem czucia typu niezwykłego, — Chodźko: Przypadek sześciu ropni mózgu. — Messing: Tabes combinée. — Pożaryska-Łuniewska: Próba badania zdolności spostrzegania sposobem zapożyczonym z ćwiczeń harcerskich.

Zdrowie. Nr 6. (poświęcony II Zjazdowi lekarzy prowincyonalnych). Lidmanowski: Jak mieszka lud nasz? — Schoeneich: O przeludnieniu mieszkań jednoizbowych. — Dembicki: Przyrodolecznictwo, a lud wiejski. — Dobrzyński: Postępy idei miast-ogrodów w Anglii a u nas.— Jaworowski: Towarzystwo lekarzy ziemi lubelskiej, kartka historyczna.

Słowo lek. Nr 10—11. Pierwszy rok ubezpieczenia społecznego w Anglii.— Fischer: Honoraryum lekarskie.— Ś. p. Adam Rydel (wspomnienie pośmiertne). — Taryfa dla lekarzy wykonujących czynności lekarskie w interesie władz. — Z Wydziału wykonawczego Izb lekarskich.

Głos lekarzy Nr 12—13. Kasa chorych lekarzy. — Kuczewski: Walka z gruźlicą w krajach skandynawskich. — Taryfy lekarskie w Galicyi. — Maszewski: Dyety sądowe. — Umowy z kasami chorych. — Akcya ochronna przeciw durowi plamistemu. — Czerwony krzyż.

Przegląd zdrojowo-kąpielowy Nr 4. III Polski Zjazd balneologiczny. — Zanietowski: Dziesięcioletnia działalność Polskiego Tow. balneologicznego. — Wąsowicz: Wskazania lecznicze dla naszych zakładów zdrojowo-kąpielowych. — Mędrkiewicz: Galicya pod względem balneologicznym i turystycznym dla zagranicy.

Nasze Zdroje Nr 3. Do rzeczy. — Teodorowicz: Szczawnica jubilans. — Pamięci Dr Dobrzyckiego. — Tarnawski: Słońce lekarzem.

Zdrojownictwo i turystyka Nr 4—6. Przed początkiem sezonu. — Lewicki (dok.). — Włyński (dok.). — Zagraniczny eksport naszych naturalnych wód mineralnych i produktów zdrojowych. — Pelczar: Krajowe szczawy alkaliczne i alkaliczno-słone. — Makowiczka: Program pracy sekcyi przemysłowej Związku zdrojowisk i uzdrowisk.

Kronika dentyst. Nr 6.: Idzikowski: O ucinaniu wierzchołka korzeniowego.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

Szczawa **Krondorfska** uznana za najlepszą i naturalną.
Najlepsze skutki w nieżytach żołądka i pęcherza, jakoteż dróg oddechowych. 205
Prospekty rozsyła na żądanie Brunnen-Unternehmung Krondorf bei Karlsbad lub też Generalna reprezentacya dla Galicyi i Bukowiny, Kraków, Grodzka 48, Lwów, Sykstuska 31.

Rożnów na Morawie.
Stacya klimatyczna pierwszego rzędu. Zakład wodoleczniczy. Leczenie kąpielami mineralnemi, z kwasem węglowym i tlenem, kąpielami parowemi i gorącem powietrzem, kąpiele elektryczne. Masaż elektryczny. 181
Sezon od 1-go maja do 1-go października.
Bliższych wskazówek udziela Zarząd kuracyjny lub Dr Kazimierz SAWER.

Karlsbad 55 **Dr med. ADAM MACIĄG**
b. asystent c. k. kliniki chorób wewn. Uniw. Jagiel. ordynuje jak lat ubiegłych
Dom »KRONENAPOTHEKE« (przy Mühlbrunie).

Dr Józef LIEBESKIND
MARYENBAD, Dom „Kronprinz".
135

KRYNICA Dr Stanisław Flaschen
ordynuje jak zwykle Willa „Gwiazda".
138

KRYNICA 186 **Pensyonat i Zakład leczniczy Dr. E. ZARZYCKIEGO**
od maja do października. — Wodolecznictwo na miejscu. — Żądać prospektów.

Bad HALL 144 **w Górnej Austryi.**
Kąpiele jodowo-bromowe pierwszej jakości, najstarsze i najskuteczniejsze źródlisko w Europie.
Skuteczne w chorobach kobiecych, wysiękach, chronicznych zapaleniach, dnie, gośćcu, zwapnieniu tętnic, zołzach, kile wrodzonej, nabytej, w procesach następowych tejże i t. d.
Prospektów i wyjaśnień dziela Zarząd. — Sezon od 1 maja do 1 października.
Sanatoryum Dra v. GERSTEL otwarte i w zimie.

IWONICZ Dr JÓZEF JASIEŃSKI
ordynuje w sezonie bieżącym jak zawsze od 25 maja
Bazar. 277

Dr MAKSYMILIAN FUCHS 284 **ordynuje jak dawniej**
w Badenie (pod Wiedniem) ul. Renngasse 6.

KARLSBAD Dr W. Maleszewski
b. Asyst. Kliniki krakowskiej
ordynuje jak dawniej **„Haus Nastopil".**
O otwarciu własnego
SANATORIUM (PENSION MÉDICALE-DIÉTÉTIQUE)
wyjdą osobne oznajmienia. 288



SANATORYUM DLA CHORYCH PIERSIOWYCH
POD KIERUNKIEM Dra K. DŁUSKIEGO W ZAKOPANEM.
OTWARTE CAŁY ROK. 141 **PROSPEKTY NA ŻĄDANIE FRANCO.**

Rok LIII. Kraków, dnia 18 lipca 1914 Nr 29.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

I. ZJAZDOWI HIGIENISTÓW POLSKICH

POŚWIĘCA TEN ZESZYT REDAKCYA

Pierwszorzędną wagę zdrowia ludności dla bytu i siły społeczeństw oceniły już dawno wszystkie narody cywilizowane. Dziś prześcigają się one wzajemnie w zabezpieczeniu swej przyszłości zapomocą olbrzymich prac, opartych na rozległem ustawodawstwie społecznohigienicznem, na potężnych organizacyach i stowarzyszeniach, to jedno zadanie mających na celu, na milionowych wkładach pieniężnych.

Jakże nam do nich jeszcze daleko! Wtłoczeni w szranki urządzeń rozmaitych, a nam obcych, nie zastosowanych do właściwości kraju i jego mieszkańców, pozbawieni przeważnie możności stanowienia o sobie samych, niezasobni,— mamy do zwalczenia przeszkody, innym społeczeństwom nieznane. Co więcej, tyle piętrzy się codzień przed nami zadań ogólnych z innych zakresów, konieczność ich rozwiązania bywa tak nagłą i piekącą, a samo rozwiązywanie tak trudne, że dla spraw zdrowia nie staje często ni czasu, ni ludzi, ni środków. Nawet poczucie doniosłości tych spraw krzewi się u nas bardzo powoli, a społeczeństwo w przeważnej części jeszcze nie rozumie niebezpieczeństw, jakiemi ich zaniedbanie zagraża całej naszej przyszłości.

Przez długie lata na tym ugorze stawały do pracy tylko jednostki; prawda, że byli wśród nich mężowie tej miary, jak Józef Żuliński, Stanisław Markiewicz, Henryk Jordan, że wysiłkiem takich jednostek powstawały nieraz dzieła niepospolite; ale obok tego ileż usiłowań, nie popartych przez ogół, poszło na marne, ileż razy próby zorganizowania działalności zbiorowej kończyły się po kilku już latach suchotniczego żywota powrotem do dawnej martwoty. A jednak bez tej pracy zbiorowej obyć się w sprawach zdrowia nie możemy, zwłaszcza w tych naszych dzielnicach, gdzie wszystko spada na barki samego społeczeństwa, bo działanie innych czynników jest niedostateczne, albo nawet nieodpowiednie i szkodliwe.

Niepospolitą też zdobyczą było zawiązanie się i wytrwanie na stanowisku Towarzystwa higienicznego warszawskiego wraz z jego oddziałami prowincyonalnymi, a w Galicyi, po upadku Towarzystwa krakowskiego i wydawanego przezeń czasopisma, utworzenie Towarzystwa higienicznego we Lwowie. Cierpliwe i nieustanne prace tych Towarzystw, do których dołączyła się w ostatnich latach działalność młodego Związku galicyjskich lekarzy rządowych, położyły podwaliny pod próbę powiązania wszystkich higienistów naszych wspólnym łańcuchem polskich ogólnych Zjazdów higienicznych.

Pomysł to doniosły i rokujący bujne owoce, a zasługa tych, którzy, niezrażeni przeszkodami i trudnościami, odsuwającemi z roku na rok zebranie się pierwszego Zjazdu, w końcu przecież zdołali doń doprowadzić, — znaczna. Na przekor wątpiącym, hasło Zjazdu wzbudziło żywy ruch, zapewniający Zjazdowi treść nadspodziewanie bogatą.

Witamy ten pierwszy Zjazd higieniczny polski całem sercem, jako zbudzenie nowych w społeczeństwie czynników twórczych, jak rozgłośną pobudkę do ogólnego już pochodu ku fizycznemu naszemu odrodzeniu. c.

Higiena wychodźtwa jako zagadnienie społeczno-narodowe

napisał
Stanisław Ciechanowski.

(Według wykładu, zgłoszonego na I. Zjazd higienistów polskich).

Trwałość życia narodu, jego istnienie, zależy w pierwszym rzędzie od trwałości jego liczby, od siły naturalnego przyrostu. Przy niedostatecznym przyroście naturalnym naród zmniejsza się, szczupleje, w końcu wymiera, ginie jako typ etnograficzny. Ale o bycie narodu nietylko jako typu etnograficznego, lecz jako odrębnego, żywotnego organizmu, o jego swobodzie politycznej i ekonomicznej, rozstrzyga nietylko liczba i szybkość przyrostu, lecz niemniej jakość narodu, jego wartość fizyczna i za nią idąca wartość moralna i intelektualna. Jeśli tych niema, to nawet liczny naród będzie i pozostanie narodem Helotów.

Historya mnogimi przykładami dowodzi, że te prawa, rządzące życiem i istnieniem narodów, działały zawsze, jak żelazna, niewzruszona konieczność.

Przyrostem naturalnym narodu, jako zwartej masy w obrębie ojczystych siedzib, rządzi stosunek między rozrodczością a ubytkiem, na który znów składają się śmiertelność i bezpowrotne, osadnicze wychodźtwo. Wychodźtwo takie wtedy tylko nie jest stratą, jeśli naród zdoła na obczyźnie wytworzyć osadnictwo zwarte, skutecznie broniące się przeciw wynarodowieniu. Wtedy kolonie mogą stać się podporą swej macierzy; w przeciwnym razie są otchłanią, w której odrośle narodowego pnia przepadają i siła jego liczebnego rozwoju idzie na marne.

O jakości narodu fizycznej i z nią związanej duchowej rozstrzyga przedewszystkiem zawikłany kompleks czynników społeczno-higienicznych w kraju macierzystym, ale obok niego wywrzeć może nieobliczalne skutki wpływ wychodźtwa czasowego, powrotnego, jeżeli tylko dochodzi ono do znaczniejszych rozmiarów.

Jesteśmy narodem, w którym zarówno bezpowrotne, jak i powrotne wychodźtwo doszło takich rozmiarów, że musi ono wywrzeć wpływ ogromny w obu kierunkach, ilościowym i jakościowym, na cały organizm narodowy.

Jedna tylko dzielnica, Galicya, traci corocznie na zawsze do stu tysięcy, a na zarobek wysyła trzysta do trzystu pięćdziesięciu tysięcy ludności [1]) w kwiecie wieku i w pełni sił. Oba rodzaje wychodźtwa wywabiają więc z tej jednej tylko dzielnicy corocznie prawie pół miliona ludzi. Conajmniej drugie tyle wychodzi corocznie ludności naszej z Królestwa, a więc szacować całe wychodźtwo nasze około miliona rocznie nie będzie przesadą.

Jesteśmy narodem, który nie może prowadzić samodzielnej polityki kolonialnej, który wprawdzie więcej od innych zahartowały losy na wpływy obcego zalewu w naszej własnej ojczyźnie, ale który ma tem mniej odporności na asymilacyjne działanie wysokich kultur zachodnich, im mniej od innych narodów posiada zdolności i wprawy w skupianiu się i w osadnictwie zwartem. Toteż nasze wychodźtwo stałe jest często bezpowrotną stratą liczebną, bo w drugiem lub trzeciem pokoleniu wsiąka często w obce społeczeństwa i dla macierzy swej zupełnie ginie. Nad setkami zaś tysięcy wychodzącej z kraju za pracą i corocznie doń wracającej rzeszy roboczej niewiele roztoczyć możemy opieki, a i to, cobyśmy tu przeciw obniżeniu fizycznej jakości narodu zdziałać mogli, przeważnie leży odłogiem.

Przyjmując ogólną liczbę ludności naszej w Europie hojnie na dwadzieścia milionów dusz, a uwzględniając, ile z tego przypada na nierozwiniętą jeszcze fizycznie młodzież i na niezdolnych już do pracy starców, wypadnie, że wychodźtwo wysysa nam z kraju bardzo znaczną, może szóstą lub piątą część mieszkańców zdolnych do pracy wytwórczej. Co do powracających powstaje pytanie, ile sił swych i zdrowia na obczyźnie zostawili, czy pod tym względem nie zanadto uszczupla się moc i żywotność narodu.

I.

Wychodźtwo zamorskie, u nas głównie amerykańskie, wynoszące mniej więcej piątą część ogółu naszego wychodźtwa, jest przeważnie wychodźtwem bezpowrotnem, osadniczem. Mniej więcej cztery piąte naszych wychodźców do Ameryki albo już nigdy nie ogląda kraju rodzinnego, albo, jeśli doń zajrzy, to jedynie celem spieniężenia reszty chudoby i zabrania ze sobą za morza rodziny, w kraju do czasu pozostawionej.

Do oceny społeczno-higienicznego znaczenia dla całej naszej ziemi tej emigracyi osadniczej nie mamy dotąd dostatecznych podstaw. Znaczenie to możemy do pewnego stopnia ocenić tylko co do Galicyi, a w tym względzie stwierdzić można następujące strony ujemne bezpowrotnej emigracyi do Ameryki:

1. Stosunkowe zmniejszenie się spodziewanego przyrostu ludności wogóle, dające się określić w ciągu trzydziestolecia, jako 10% strata ogółu mieszkańców Galicyi.

2. Wobec przesuwania się wskutek emigracyi (osadniczej) stosunku płci wśród ludności galicyjskiej na niekorzyść mężczyzn (o 30.021 w dziesięcioleciu 1891—1900) i wobec tego, że emigrująca ludność męska należy w $^3/_4$ (75·7%) do tych klas wieku, w których jest najproduktywniejsza ekonomicznie i zdolna do noszenia broni (20—40 r. ż.), powstać musi ujemny wpływ ilościowy i jakościowy na wytwórczość ekonomiczną i na wartość ludności pod względem militarnym.

3. Zabierając znaczną część ludności w najproduktywniejszym okresie życia, wchłania przytem emigracya osadnicza z pośród tej najwięcej wartościowej warstwy ludności przedewszystkiem najsprawniejszych, najlepszych i najbardziej przedsiębiorczych pracowników. Wyciąga ona z kraju materyał fizycznie i intelektualnie lepszy, a pozostawia gorszy, wyjaławia kraj macierzysty i odbiera mu zasób najtęższych zastępów wytwórczych.

4. Następstwem odebrania krajowi pewnej części warstw ludności między 20. a 40. rokiem życia i przesunięcia się stosunku płci na korzyść kobiet, jest zmniejszenie się liczby małżeństw, która w r. 1890 w Galicyi wynosiła 54.599, a w r. 1910 prawie tylko tyleż: 56.006, mimo, że ludność w ciągu tego okresu wzrosła o dwa miliony. W związku z tem jest również podwyższenie się

[1]) Wedle obliczenia Dra Englischa, ob. mój artykuł w »Słowie lekarskiem« 1914 r. Nr 4.

przeciętnego wieku osób, zawierających małżeństwa. Wynikiem zmniejszenia się liczby małżeństw i stosunkowego wzrostu małżeństw, zawieranych w wieku starszym, jest spadek płodności i idący za tem spadek stopnia naturalnego przyrostu ludności.

5. Sprawione przez bezpowrotną emigracyę trwałe zakłócenie prawidłowego składu ludności musi samo przez się wywrzeć wpływ ujemny na ogólną chorobowość i śmiertelność.

6. Ten wpływ ujemny zwiększa się jeszcze wskutek tego, że z portów imigracyjnych zawracają władze Stanów Zjednoczonych i innych państw zamorskich (na zasadzie praw imigracyjnych, dążących do »ulepszenia rasy«) z powrotem do krajów rodzinnych wielką liczbę ludzi chorych, niedołężnych i do pracy mniej zdolnych. W dwudziestoleciu 1892—1911 r. zawrócono z portów Stanów Zjednoczonych na ogólną liczbę 13$^1/_2$ milionów imigrantów 865.000 ludzi, to jest w stosunku do całej liczby imigrantów przeszło 6%, w stosunku do liczby imigrantów w ostatnich 5 latach nawet 9%. Cały ten balast, zawrócony do kraju macierzystego, zwiększa stosunkową liczbę jego ludności nieproduktywnej i pogarsza tem więcej średni poziom jego zdrowotności.

Tym stratom higieniczno-społecznym dla kraju macierzystego nie przeciwstawia emigracya bezpowrotna żadnych bezpośrednich społeczno-higienicznych korzyści. Pośrednią korzyścią byłby wpływ nadsyłanych przez emigrantów pieniędzy na bilans ekonomiczny kraju macierzystego. Poprawa tego bilansu stwarza przynajmniej możność niejakiej poprawy społeczno-higienicznej, możność, która jednak wtedy tylko się urzeczywistnia, jeżeli współcześnie wzrasta wśród ludności kultura, a zwłaszcza kultura higieniczna.

Wychodźtwo p o w r o t n e polskie dzieli się na dwie grupy. Jedną, znacznie mniejszą, tworzy wychodźtwo powrotne amerykańskie. Wychodźcy ci wyjeżdżają do Ameryki, przeważnie do Stanów Zjednoczonych, zazwyczaj na lat kilka. Potem powracają do ojczyzny z zaoszczędzonym zwykle znaczniejszym zarobkiem albo już na stałe, albo tylko na pewien czas, po którym znów na lat kilka jadą na zarobek i tak nieraz kilkakrotnie spędzają po lat kilka naprzemian w kraju i za morzem, zanim ostatecznie w stronach rodzinnych pozostaną.

Drugą, kilkanaście razy liczniejszą grupę wychodźtwa powrotnego (a cztery piąte całego wogóle naszego wychodźtwa) tworzy coroczne wychodźtwo sezonowe, właściwi »obieżysasi«, opuszczający kraj na kilka miesięcy, zazwyczaj wczesną wiosną, a powracający w jesieni.

Wychodźtwo powrotne jest u nas z powodu swych olbrzymich rozmiarów sprawą pierwszorzędnej wagi gospodarczej i kulturalnej. Ale nawet ta strona tej sprawy nie jest dotychczas co do obu grup naszego wychodźtwa powrotnego należycie zbadana i wyjaśniona. Jeszcze mniej pewnych danych posiadamy o społeczno-higienicznem znaczeniu wychodźtwa powrotnego, chociaż ta druga strona sprawy jest zagadnieniem społeczno-narodowem może jeszcze ważniejszem, niż strona jej gospodarcza. Z luźnych i niesystematycznych dotychczasowych spostrzeżeń zdaje się mianowicie wynikać, że taka masowa emigracya powrotna może najszerszym warstwom społeczeństwa w pewnych warunkach zagrażać niebezpieczeństwem zwyrodnienia fizycznego i moralnego. Nasuwa się tu mianowicie obawa, że emigracya powrotna, odbywająca się w tych warunkach, jak nasza obecna, wnosi do kraju od czasu do czasu choroby zakaźne, mogące rozpłomieniać się w groźne epidemie i ryjące się trwałymi śladami w zdrowiu ludności, — oraz, że zwracając krajowi odebrane mu czasowo siły robocze, zwraca je w stanie takiego wyczerpania i z takiemi nabytemi na obczyźnie chorobami, że przez to stopniowo obniża się wartość fizyczna narodu i powstają wszystkie następstwa tego obniżenia. Sądzę, że szkody narodowe, któreby stąd powstawały, znacznie trudniej byłoby naprawić, niż szkody, powstające na polu gospodarczem, bo i metody i szybkość i skuteczność działań higieniczno-społecznych stoją dotychczas niewątpliwie niżej od metod i od skuteczności polityki ekonomicznej.

Od lat już kilku wskazywałem na konieczność zbadania stosunków sanitarnych i społeczno-higienicznego znaczenia naszej emigracyi powrotnej [1]), wychodząc z zapatrywania, że dopiero takie ścisłe badania postawią tę sprawę jako zagadnienie społeczno-narodowe w należytem świetle, a zarazem wskażą, w którym kierunku działać należy, aby zapobiedz prawdopodobnym, dotąd jednak ściśle nie obliczonym, niebezpieczeństwom społeczno-higienicznym tej emigracyi. Badania takie dałyby się należycie dokładnie wykonać na razie tylko w Galicyi z pomocą urzędowych lekarzy powiatowych, bo tylko w Galicyi można liczyć na to, że władze krajowe ocenią wagę takich badań, dostarczą na nie środków i zapewnią im skuteczność. Dotychczas jednak nie doszło do zarządzenia takich urzędowych badań.

II.

Aby tymczasem w najogólniejszych przynajmniej rysach uzyskać pewniejsze wiadomości o społeczno-higienicznej stronie wychodźtwa powrotnego w Galicyi, zwróciłem się w maju r. b. na własną rękę do wszystkich kolegów lekarzy powiatowych z prośbą o odpowiedź na ułożony w tym celu krótki kwestyonaryusz [2]). W kwestyonaryuszu tym oprócz pytań o nasilenie i rodzaj emigracyi w powiecie, rozdzielając obie grupy wychodźtwa powrotnego od siebie,

A. co do emigracyi czasowej do Ameryki pomieściłem pytania, jaki jest stan fizyczny powracających z Ameryki zdolnych do pracy, jakie choroby stwierdza się najczęściej u tych, którzy powrócili z Ameryki do pracy niezdolni, wreszcie, czy i jakie choroby zakaźne zawlekają wychodźcy, wracający z Ameryki do kraju.

B. Co do właściwych obieżysasów (emigracya coroczna do Prus, Danii, Francyi, Węgier, Rumunii i t. d.) sta-

---

[1]) W artykułach »O stanie sanitarnym Galicyi w świetle sprawozdań c. k. Krajowej Rady zdrowia«, pomieszczanych dawniej w »Przeglądzie lekarskim«, w ostatnich latach w »Słowie lekarskiem«, w roku zaś bieżącym w osobnych artykułach w warszawskiem »Zdrowiu«, w »Słowie lekarskiem« i w prasie codziennej (»Czas«, »Słowo polskie«). Przedstawiłem również w tej sprawie w kwietniu 1913 r. c. k. Krajowej Radzie zdrowia memoryał, uzupełniając go w r. b. dalszymi wnioskami.

[2]) Jestto streszczenie kwestyonaryusza, który jako projekt do urzędowej ankiety przedstawiłem w r. b. c. k. Krajowej Radzie zdrowia.

rałem się dowiedzieć, jaki jest, ogólnie biorąc, stan fizyczny obieżysasów powracających, czy zauważa się u większej ich liczby wyczerpanie, a jeżeli tak, to jakie kraje i okolice są w tym względzie najszkodliwsze, jakie są w tych okolicach rodzaje i warunki pracy, mieszkania, żywienia, opieki sanitarnej i opieki lekarskiej w razie choroby; dalej, jakich chorób najczęściej nabywają wychodźcy na obczyźnie, czy wracają z pogorszeniem chorób, z których początkami kraj opuszczali; następnie, czy da się stwierdzić związek wychodźtwa sezonowego z szerzeniem się u nas gruźlicy, kiły i innych chorób wenerycznych, alkoholizmu, chorób nerwowych i umysłowych, jaglicy, świerzbu, oraz czy i jakie ostre choroby zakaźne bywają do kraju przez powracających emigrantów zawlekane; wreszcie, jak wpływa emigracya sezonowa na opiekę nad dziećmi, w szczególności nieślubnemi (poczętemi na emigracyi) i czy daje się zauważyć jaki szkodliwy (zwyradniający) pod względem fizycznym wpływ emigracyi powrotnej na nowe (już w okresie gorączki emigracyjnej z rodziców emigrantów zrodzone) pokolenia ludności.

Na ten kwestyonaryusz, rozesłany do wszystkich 82 powiatów galicyjskich, otrzymałem w odpowiedzi wiadomości co do czternastu powiatów. Zawdzięczam je kolegom: E. Baczyńskiemu (Zborów), Ciepielowskiemu (Kolbuszowa), Czyżewiczowi (Jarosław), Godłowskiemu (Lisko), Gołębiowskiemu (Stanisławów), Jarockiemu (Sokal), Kownackiemu (Wieliczka), Kropaczkowi (Mielec), Momidłowskiemu (Kraków, co do pow. tarnobrzeskiego), W. Nyczowi (Biała), Orskiemu (Jaworów), Ślączce (Krosno), Winogrodzkiemu (Oświęcim) i Żukotyńskiemu (Ropczyce).

Chociaż w ten sposób tylko o szóstej części powiatów galicyjskich zebrały się dane, niemniej dadzą się one już zużytkować, ponieważ ci koledzy, którzy na kwestyonaryusz odpowiedzieli, zadali sobie przeważnie w tym celu niemało trudu, nietylko spisując własne spostrzeżenia i uwagi, ale nieraz wywiadując się u wszystkich lekarzy w powiecie, zbierając umyślnie cyfry i fakta. Przytem szczególnym zbiegiem wśród tych czternastu powiatów są jakby dobrane przykłady najrozmaitsze, bo wśród nich znajdują się i górskie i nizinne, i zamożne i ubogie, i przemysłowe i czysto rolnicze, jedne z zachodnich, inne ze wschodnich części kraju, z ludnością to przeważnie polską, to przeważnie ruską, dotknięte wychodźtwem bądź jednego, bądź drugiego rodzaju. Słowem, sąto niejako próbki różnorodnych w tym zakresie stosunków.

Uderzającą jest rzeczą, że co do powrotnej emigracyi amerykańskiej przedmiotowe spostrzeżenia są niemal bez wyjątku zgodne bez względu na to, skąd pochodzą.

Najważniejszym z naszego stanowiska punktem jest to, że z Ameryki powracają wychodźcy przeważnie w doskonałym stanie fizycznym, w wielu odpowiedziach określonym jako »znacznie lepszy, niż był przy wyjściu z kraju« (Jarosław, Jaworów, Biała, Ropczyce). A są to nieraz powiaty, gdzie z wychodźtwa do Stanów Zjednoczonych[1]) powraca większość lub bardzo znaczna część (Biała, Wieliczka, Ropczyce, Sokal), gdzie wytworzył się stały proceder kilkuletnich wypraw do Stanów dla zdobycia pieniędzy na dokupno gruntu (Sokal), spłatę długów gruntowych i t. d. (W niektórych górskich powiatach Galicyi zachodniej, jak sam miałem sposobność dawniej już się przekonać, wyprawy takie weszły w zwyczaj od lat kilkunastu, a wychodźcy po 2—3 latach pobytu przywozili po kilka tysięcy koron oszczędności na dokupno ziemi i ulepszenia w gospodarstwie). Przeważnie wracają rolnicy i górnicy, natomiast rzemieślnicy i robotnicy fabryczni częściej pozostają w Ameryce. Wśród tych powracających, którzy pracowali na farmach, niema niezdolnych do pracy ani wyczerpanych, nie zdarzają się też prawie przypadki nabytych na obczyźnie chorób. Wśród tych natomiast, którzy w Ameryce pracowali jako robotnicy przemysłowi, przypadki takie spostrzegano, a mianowicie najczęściej gruźlicę po powrocie z fabryk, hut (Lisko, Krosno, Ropczyce, Jarosław, Kolbuszowa, Sokal), choroby stawów i serca po powrocie z kopalni, w których nieraz praca odbywa się napół w wodzie (Ropczyce, Sokal). I te jednak przypadki są względnie nieliczne w tych powiatach, gdzie fala powrotna wychodźtwa amerykańskiego jest duża i stała.

W powiatach takich przynoszą wychodźcy, powracający ze Stanów Zjednoczonych, nabytą tam kulturę obywatelską, poczucie obowiązku, ulepszenia gospodarcze, oraz — z naszego stanowiska rzecz bardzo doniosłą — kulturę higieniczną, co w wielu odpowiedziach z naciskiem podniesiono. Skala potrzeb życiowych jest u powracających emigrantów wyższa, żywią się posilniej (mięso), obficiej i rozmaiciej, stawiają nowe domy, obszerniejsze, należycie oświetlone i wentylowane, zabezpieczając je od wilgoci, dbają o dobrą wodę, budując studnie z kręgów betonowych, zwracają większą uwagę na zdrowie swoje i swej rodziny, udając się w razie potrzeby chętnie do lekarzy i t. d. Charakterystyczny przykład tego dodatniego wpływu społeczno-higienicznego powrotnej emigracyi amerykańskiej przytacza kol. W. Nycz z powiatu bialskiego, gdzie były wychodźca, obrany wójtem wsi Bielan, z własnej inicyatywy podjął reformy sanitarne i doprowadził do asanacyi całej wsi. Toteż w odpowiedziach z takich powiatów znajduje się prawie zawsze zdanie, że emigracya do Stanów Zjednoczonych jest wprost bardzo pożądana, byleby tylko wychodźcy po pewnym czasie stamtąd do kraju na stałe wracali (Biała, Tarnobrzeg, Sokal).

Zupełnie inaczej brzmią odpowiedzi z tych powiatów, do których powrót z Ameryki jest mały, bądź dlatego, że i samo wychodźtwo do Ameryki nie jest rozwinięte, bądź dlatego, że przy wielkich rozmiarach ma ono charakter osadniczy. W takich powiatach zauważono u powracających wycieńczenie (Oświęcim, Krosno, Lisko). Popisowi, powracający z Ameryki dla stawiennictwa do wojska, są fizycznie tak wyczerpani, że wielu jest do służby niezdolnych (Lisko); często bywa gruźlica (Krosno). W takich powiatach najwidoczniej cały, a stosunkowo niewielki kontyngent powracających z Ameryki składa się wyłącznie lub przeważnie z tych wychodźców, którzy nie powracają dobrowolnie, lecz są do powrotu zmuszeni przez utratę lub zmniejszenie się zdolności do pracy; powracają więc, bo w Ameryce nie mają co dłużej robić. Jestto ów balast, którego Ameryka pozbywa się, jako mogącego tam »pogorszyć rasę«. Robotnicy, którzy stali się do pracy niezdolni, nie mają tam zaopatrzenia; szukają więc z konie-

[1]) Z Kanady wychodźcy nie powracają.

czności nanowo środków utrzymania w kraju ojczystym, na który przez nich spada wtedy ciężar podwójny: i ekonomiczny, i co do ogólnego stanu zdrowia ludności.

Godną uwagi rzeczą jest, że zarówno w takich powiatach, gdzie amerykańska emigracya powrotna jest dodatnim wogóle czynnikiem społeczno-higienicznym, jak i w takich, gdzie jest czynnikiem ujemnym, należy zawleczenie z Ameryki chorób zakaźnych (wedle nadesłanych mi odpowiedzi) do zdarzeń rzadkich, sporadycznych; poza gruźlicą (Lisko, »dawniej niemal nieznaną po wsiach w tym górskim powiecie«) znajduję zaledwo raz wzmiankę o zakażeniu całej rodziny kiłą przez wychodźcę-ojca, raz o zawleczeniu płonicy, a z jednego powiatu o zawlekaniu niekiedy świerzbu, i to chorób tych nabyli wychodźcy prawdopodobnie nie w Ameryce, ale już w czasie powrotnej drogi, na okręcie.

Ciekawe jest częste przeciwieństwo emigracyi **sezonowej** z emigracyą amerykańską czasową, albo nawet i stałą; gdzie emigracya amerykańska jest silna, tam obieżysasów bywa zwykle mało, albo wcale niema (Oświęcim, Ropczyce) i naodwrót (Wieliczka, Zborów, skąd 90% jest wychodźców sezonowych, a 10% amerykańskich i t. p.). Dodawszy do tego, że emigracyę wogóle słabą, albo też znaczną przewagę amerykańskiej (zwłaszcza czasowej) nad sezonową spotyka się głównie w powiatach zachodnich, przemysłowych (Biała, Oświęcim), zamożniejszych, możnaby przypuścić, że ludność oświeceńsza, kulturalniejsza, zamożniejsza, sama zaczyna dostrzegać złe strony i ujemne wpływy wychodźtwa do Prus i żywiołowo się odeń odwracać, a na pastwę wychodźtwa sezonowego idą powiaty, niżej wogóle stojące.

Charakterystyczne w tym względzie są odpowiedzi z powiatu oświęcimskiego i bialskiego, najbardziej wysuniętych na zachód. W bialskiem wychodźtwa sezonowego dostarcza tylko wschodnia, uboga część powiatu, i to głównie tylko 3 gminy, a i z tych głównie do Danii, skąd wychodźcy, nie przeciążani pracą, dobrze żywieni i płatni, wracają zdrowi i zadowoleni, oraz do Saksonii, mniej zaś do Prus, skąd wracają w gorszym stanie. W oświęcimskiem wychodzą obieżysasi już tylko z 3 gmin, po powrocie wstydzą się tego, niechętnie o tem mówią, rzadko kiedy idą drugi raz. Niema wcale wychodźtwa do Prus w 2 powiatach górskich (Lisko, Krosno), z których dawnym zwyczajem idą tylko »bandosi« na żniwa (4—5 tyg.) na Węgry. Słabe jest wychodźtwo sezonowe w ropczyckiem, skąd idą do Prus tylko szumowiny wiejskie, oraz w sąsiedniem mieleckiem, gdzie w 58 na 97 gmin niema wcale wychodźtwa, a dostarcza go tylko wschodnia część powiatu o lichej glebie.

Z takich powiatów trudno oczywiście cośkolwiek wnosić, zarówno z powodu małych rozmiarów wychodźtwa, jakoteż z powodu rozmaitych względów lokalnych (Biała: daleko gorszy wpływ fizyczny od wychodźtwa wywiera praca w licznych w powiecie fabrykach, Ropczyce: mała wartość wytwórcza żywiołów emigrujących i t. p.).

Ale z innych powiatów, (o ile tylko w odpowiedziach niema zastrzeżeń z powodu krótkiej jeszcze pracy lekarza w tym powiecie lub braku sposobności do spostrzeżeń), gdzie tylko wychodźtwo sezonowe jest znaczne (Tarnobrzeg i Jaworów po 8 do 10 tysięcy ludzi corocznie, Jarosław i i.), odpowiedzi zgodnie stwierdzają, że wychodźcy z Prus wracają bardzo wyczerpani i źle odżywieni, z podkopanem zdrowiem. Tosamo podaje kol. Winogrodzki z Oświęcimia, gdzie sam powiat wprawdzie bardzo mało dostarcza obieżysasów, ale gdzie przewala się corocznie, jako przez stacyę graniczną, olbrzymia ludzka rzeka z wiosną do Niemiec, jesienią z powrotem. I to odnosi się nietylko do wychodźców, wracających od pracy przemysłowej, a zwłaszcza górniczej, pozostawiającej największe wyczerpanie (Jaworów), ale i do wychodźców, wracających od roli. Praca rolna ma być w Prusach bardzo ciężka (Jarosław). Tylko w mieleckiem (gdzie zresztą obieżysasów niema wielu) wyczerpanie zauważono jedynie u tych wychodźców, którzy wracają nie znalazłszy pracy, u reszty go nie zauważono. Ale ci bezrobotni, — część wychodźtwa bądźcobądź mała — nie mogą być w ocenie wpływu wychodźtwa właściwie brani w rachubę. — Obok zbyt ciężkiej pracy przyczyną wyczerpania jest niewątpliwie złe pożywienie (Jaworów, Jarosław), do którego pracodawcy dostarczają najlichszych materyałów, nader niehigieniczne mieszkania (wspólne często dla obu płci w niezabezpieczonych, przepełnionych, brudnych barakach, Jarosław, Mielec), nieraz wspólne łóżka czy tapczany (Kolbuszowa). Co do opieki sanitarnej i lekarskiej znajduję w niektórych odpowiedziach szczególne fakta, n. p. stwierdzenie, że w Prusiech wobec gęstości lekarzy i szpitali pomoc lekarska jest wprawdzie rychła w razie nieszczęśliwych przypadków, ale natomiast o przypadki chorób przewlekłejszych nikt nie dba (gruźlica!), że zdarzały się przypadki nagłej śmierci w drodze powrotnej u chorych, których z końcem sezonu z zimną krwią wyprawiano ze szpitali, chociaż powinni tam byli pozostać, i t. p.

W przyszłych badaniach trzeba się będzie liczyć także z faktem, mało dotąd znanym, sezonowej »emigracyi wewnętrznej«; na miejsce wychodzących obieżysasów zaczynają do niektórych powiatów galicyjskich napływać coraz liczniej robotnicy z innych powiatów Galicyi, a nawet z Królestwa (do sokalskiego n. p. z kolbuszowskiego, turczańskiego i z kieleckiego).

Na pytania, czy są pewne gminy o szczególnie silnej emigracyi sezonowej, gdzieby zauważono także szczególnie wielkie wyczerpanie wychodźców, oraz czy nie zauważono jakiego wpływu na młodsze, już w czasach gorączki wychodźczej zrodzone pokolenie dziatwy, niema stanowczych odpowiedzi, a często bywa uwaga, że tak w tych, jak i w innych jeszcze sprawach nader pożądane są osobne badania. Odczucie potrzeby takich badań przez kolegów lekarzy powiatowych jest bardzo cennem poparciem moich w tym względzie wniosków.

W sprawie nabytych na obczyźnie chorób otrzymałem odpowiedzi tylko co do chorób zakaźnych. Przedewszystkiem uderzający jest nacisk, jaki we wszystkich niemal odpowiedziach położono na wielkie szerzenie się, względnie gwałtowne pogarszanie się gruźlicy w związku z wychodźtwem sezonowem. Co do chorób wenerycznych, w szczególności kiły, odpowiedzi są nieliczne i prócz trzech powiatów wspominają tylko o sporadycznych przypadkach. Ale inaczej ma się rzecz w owych 3 powiatach: Kol. Orski wyraźnie zaznacza, że w jaworowskiem choroby te, dawniej stanowiące rzadkość, obecnie są zawlekane często i tylko

z Prus; kol. Czyżewicz (Jarosław) podnosi, że choroby weneryczne są u powracających z Prus bardzo częste; kol. Momidłowski widywał w tarnobrzeskiem zakażanie całych rodzin. Może być, że istotnie są tak znaczne różnice między rozmaitymi powiatami, bo i rodzaj rozluźnienia obyczajności, wśród obieżysasów wogóle pospolitego, bywa rozmaity (w niektórych powiatach n. p. wzrosła bardzo liczba nieślubnych dzieci emigrantek, ale ojcami ich są zawsze współtowarzysze pracy z tejsamej wsi); niemniej szerzenie się znaczne chorób wenerycznych, stwierdzone w kilku już powiatach, jest zjawiskiem niepokojącem, zwłaszcza po doświadczeniach z kiłą na Huculszczyźnie.

Tosamo dotyczy alkoholizmu, chociaż o wzroście jego znajduję wyraźne wzmianki tylko co do powiatu kolbuszowskiego, sokalskiego, oraz co do wychodźców, przelewających się przez Oświęcim.

Niemałe znaczenie ma jaglica, której szerzenie się wskutek wychodźtwa sezonowego widocznie staje się wprost katastrofą, prawie bowiem we wszystkich odpowiedziach nietylko jest o tem mowa, ale często najdłuższy nawet ustęp. W niektórych powiatach wybucha jaglica po powrocie wychodźców masowo (Jaworów), zakażane bywają całe gminy, liczba jagliczych wśród popisowych wzrasta pięciokrotnie (Tarnobrzeg), czemu sprzyja brak wszelkiej kontroli w Prusach i brak badania wychodźców, powracających do kraju. Zdaniem kol Momidłowskiego głównem źródłem jaglicy jest stykanie się wychodźców galicyjskich w Prusach z wychodźcami z Królestwa, wśród których jaglica ma być bardzo częsta.

Również tosamo główne źródło ma świerzb, obecnie stale przez wychodźców do wielu powiatów przywożony, a szerzący się tem łatwiej na całe gminy (Jaworów, Sokal), że uchodzi wśród ludu za chorobę hańbiącą i bywa często długo tajony. Wyraźnie ujemną odpowiedź co do świerzbu otrzymałem tylko z Kolbuszowej.

Zawlekanie ostrych chorób zakaźnych z Prus zdaje się być częstsze, niżby można przypuszczać wobec tamtejszej organizacyi służby sanitarnej, mnogich stacyi bakteryologicznych, wogóle wobec tamtejszego przechwalonego może »porządku«. Powszechnie znane jest zawleczenie do Galicyi przed kilku laty nagminnego zapalenia opon. Dur brzuszny zawlekany bywa wcale nierzadko (Jarosław: kilkakrotnie, Tarnobrzeg: w r. 1902 z Westfalii, w r. 1911 z okolic Magdeburga). Dość wielką jednak niespodzianką jest zawlekanie z Prus duru plamistego, i to przez wychodźców, wypuszczonych z tamtejszych szpitali(!) (Jaworów, Jarosław). Zdaje się, że bywa z Prus zawlekana czasem i płonica. O »porządkach« pruskich osobliwie świadczy fakt przewozu kilkunastu chorych na dur brzuszny z Prus aż do granicy późną jesienią w wozach towarowych.

Wreszcie niepodobna pominąć dodanych w wielu odpowiedziach uwag o szerzeniu się demoralizacyi, zdziczenia, deprawacyi moralnej, przestępczości, w wyraźnym związku z wychodźtwem sezonowem do Prus. Obyczaj »dzikich małżeństw« na czas sezonu roboczego, przygotowywanych już przed wyjazdem, zastraszający wzrost liczby dzieci nieślubnych, częstsze dzieciobójstwa, wymieniono z kilku powiatów.

Los nieślubnych dzieci obieżysasów bywa rozmaity w różnych powiatach, zależnie zapewne od podłoża etnograficznego i obyczajowego. W jaworowskiem i jarosławskiem n. p. dzieci takie nie mają zgoła opieki, dużo ich choruje, zwłaszcza na nieżyty jelit, i ginie. W sokalskiem przeciwnie »dziadkowie« opiekują się takiemi dziećmi nieślubnemi podobno troskliwie.

Wszystkie te wiadomości z kilkunastu powiatów dowodzą konieczności dalszych dokładnych badań na większą skalę, a zarazem wskazują, że niezależnie od tych badań konieczne są już teraz środki zaradcze.

III.

Środki zaradcze w postaci akcyi ustawodawczej i zarządzeń publiczno-administracyjnych leżą poczęści w naszem ręku tylko w dzielnicy jednej, w Małopolsce. Ale we wszystkich dzielnicach możliwe byłyby inne jeszcze środki zaradcze, nie tak może potężne, niemniej bardzo doniosłe, a zależne od samego tylko społeczeństwa.

W granicach ustawodawstwa krajowego (sejmowego) nie podjęto dotąd w Galicyi żadnej próby uregulowania emigracyi i usunięcia jej niebezpieczeństw. Państwo austryackie nie troszczyło się również o ustawę wychodźczą, dopóki niedobór popisowych, wzrastający wskutek emigracyi amerykańskiej (w niektórych powiatach Galicyi dochodzący 60%) nie zaalarmował sfer wojskowych. Wynikiem tego alarmu był pospiesznie opracowany projekt ustawy o wychodźtwie, wniesiony do parlamentu w drugiej połowie r. 1913 w XXI. sesyi, oraz szereg zarządzeń administracyjnych dla powstrzymania ubytku popisowych.

Projekt ustawy emigracyjnej austryackiej nosi na sobie piętno przyczyn, które go wywołały, ma na oku przedewszystkiem wychodźtwo osadnicze, mało się zajmując wychodźtwem sezonowem, i to jest pierwszą, a wielką jego wadą; a przesiąkły jest myślą raczej o powstrzymaniu emigracyi, niż o opiece nad wychodźcami, i to jest druga, zasadnicza wada projektu. Należałoby więc właściwie starać się o projekt nowy, oparty na innych, szerokich podstawach; ale licząc się z warunkami realnymi, z faktem, że projekt już do parlamentu wpłynął, a uzyskanie innego projektu mogłoby sprawę odwlec, ograniczyć się trzeba na razie do starań o poprawienie tego, który jest.

Zdaniem mojem należałoby przedewszystkiem w § 1. ustawy tak rozszerzyć definicyę wychodźcy, aby obejmowała ona w s z e l k i e rodzaje wychodźtwa, (w szczególności także wychodźtwo na Węgry), jakoteż, aby ustawa dotyczyła wyraźnie także osób p o w r a c a j ą c y c h z emigracyi. Prawo zakazu wychodźtwa do pewnych państw i krajów (§ 2) lub poddania go szczególnym przepisom powinnoby być przyznane nietylko ministerstwu, ale także politycznym władzom k r a j o w y m, więc Namiestnictwu; mam tu na względzie niezwykłe rozmiary i znaczenie emigracyi dla n i e k t ó r y c h krajów Austryi, w pierwszym rzędzie oczywiście dla Galicyi. Zakazy, ograniczenia lub szczególne przepisy powinny być ustawą wyraźnie dozwolone także ze względów sanitarnych i społeczno-higienicznych z punktu interesów stałej ludności kraju macierzystego, a nietylko ze względu na dalsze losy samychże wychodźców; w tym kierunku należałoby uzupełnić §§ 2, 3, 8, 9 projektu. W przepisach o ugodach robotniczych (§ 18, 19, 20) konieczne byłyby zastrzeżenia co do czasu pracy, spoczynków, co do pracy kobiet (ochrona macierzyństwa), higienicznego mieszkania,

żywienia, pomocy lekarskiej, zabezpieczenia na wypadek choroby i nieszczęśliwych przypadków; przepisy o tych ugodach z dodaniem tychże zastrzeżeń powinnyby obowiązywać także co do robotników rolnych, tworzących główny kontyngent wychodźtwa sezonowego, zwłaszcza do Prus. W przepisach o przewozie emigrantów powinnyby w §§ 43, 44, 45, 53 znajdować się wyraźne zastrzeżenia co do higienicznego pomieszczenia i zdrowego, a dostatecznego pożywienia wychodźców; tu też zapewnićby trzeba wychodźcom dostateczną opiekę lekarza, i to rozumiejącego język wychodźców. Najważniejszy ze względu na wychodźtwo sezonowe § 57 projektu jest zupełnie niedostateczny. Tutaj należałoby zmusić rygorem prawa przedsiębiorców i agencye wychodźcze do dbałości o zdrowie wychodźców, do przewożenia ich kolejami, jak ludzi, nie jak bydło robocze, do stworzenia stacyi zbiórczych i wypoczynkowych z odpowiedniemi gospodami jeszcze na terytoryum austryackiem, gdzieby wychodźcy byli pod pełną opieką władz swego kraju i pod należytym nadzorem sanitarno-higienicznym przy wyjeździe i przy powrocie. Politycznej władzy krajowej powinno przysługiwać prawo uregulowania tych spraw osobnemi, samodzielnemi rozporządzeniami, bo tylko w ten sposób można liczyć na uwzględnienie miejscowych stosunków i potrzeb wychodźtwa z danego kraju, (a mam tu na myśli oczywiście przedewszystkiem Galicyę). Wreszcie w ustawie emigracyjnej powinien być położony większy nacisk na § 70, dotyczący umów rządu austryackiego z rządami innych państw w sprawie wychodźtwa. Zawieranie takich konwencyi, i to stwarzających dla wychodźców austryackich równe prawa co do opieki społeczno-higienicznej z obywatelami owych państw, powinno być nietylko prawem rządu austryackiego, ale i obowiązkiem.

Poza uzyskaniem odpowiedniej ustawy o wychodźtwie konieczne jest stworzenie przez samo społeczeństwo wielkiej organizacyi, obejmującej szerokie koła i zasobnej w środki*), subwencyonowanej z funduszów państwowych i autonomicznych, a roztaczającej stale opiekę nad wychodźtwem zapomocą sieci posterunków w kraju i zagranicą, oraz zdążającej do takiego uregulowania wychodźtwa, by nie przynosiło ono krajowi szkód społeczno-higienicznych, lecz przeciwnie — korzyści. Jednem więc z głównych zadań takiej organizacyi opiekuńczej byłoby przeistoczenie naszego wychodźtwa do Ameryki z osadniczego na powrotne, skierowanie wychodźtwa sezonowego na właściwsze tory, jego społeczno-higieniczna ochrona w czasie pobytu na obczyźnie, zwłaszcza w Prusach. Taka organizacya mieć będzie co do naszych wychodźców z Królestwa jeszcze większe zadania, niż co do wychodźców galicyjskich, bo skazana będzie na własne siły bez oparcia o środki ustawodawcze i bez pomocy władz krajowych, złożonych z rodaków, co jest możebne tylko w Galicyi.

W całej akcyi powinienby nam przyświecać przykład Włoch. Włochy były dotknięte klęską emigracyjną nie mniejszą od naszej; dzisiaj należą do krajów, które może najlepiej sprawę tę rozwiązały. Rząd włoski utworzył osobny główny urząd emigracyjny, który kieruje ogromnym i wybornym aparatem instytucyi opiekuńczych w kraju i zagranicą. We wszystkich odległych, zamorskich krajach, gdzie przebywają wychodźcy włoscy, działają trojakiego rodzaju czynniki opiekuńcze; 1) urzędowe patronaty (Uffici di patronato) i szereg nieoficyalnych, a przez rząd subwencyonowanych instytucyi (szpitale, gospody i t. p.), 2) osobni urzędnicy przy konsulatach włoskich (R. addetti all' estero), (wśród nich wędrowni inspektorowie emigracyjni, objeżdżający włoskie kolonie celem nadzoru i ochrony wychodźców, oraz doradcy l e k a r s c y), 3) osobne urzędy ochrony prawnej (Ufficcio legale), działające nader skutecznie pod nadzorem i kierunkiem konsulatów. Dla spraw emigracyi do bliższych krajów (Francya, Szwajcarya, Niemcy, Austrya), przekraczającej w r. 1910 milion osób, utworzono w Medyolanie osobny urząd (R. Ufficie dell' emigrazione per i confini di terra), podwładny głównemu urzędowi emigracyjnemu, a nadzorujący nadgraniczne stacye zbiórcze (wszystkie są na terytoryum włoskiem) i kierujący całą opieką poza granicami Włoch. Przy konsulatach włoskich w Europie są również osobni urzędnicy emigracyjni (R. addetti), a nawet, jak n. p. w Genewie, całe urzędy emigracyjne. Urzędy te (w Genewie, Kolonii) wydają osobne »Bolletino del lavoro per emigrante italiano in Europa« i »Bolletino dell' emigrante«. Układ z rządem niemieckim stawia wychodźców Włochów co do zabezpieczenia na wypadek choroby, niezdolności do pracy i t. d. na równi z robotnikiem niemieckim. Oprócz komisarzy i inspektorów emigracyjnych rządowych dostarczają wychodźcom włoskim w Europie opieki i pomocy wielkie stowarzyszenia opiekuńcze, humanitarne, jak »Opera Bonomelli di assistenza agli operai italiani«, utrzymujące 26 »sekretaryatów pracy« w różnych miastach europejskich, szereg ochronek i szkółek dla dzieci, schronisk (hospicyów) i gospód, oraz »Societa umanitaria«, z którego ramienia działa zagranicą przeszło 30 biur opiekuńczych i biura pośrednictwa pracy w miejscowościach pogranicznych, wydające m. i. czasopisma dla emigrantów, urządzające dla nich wykłady i t. d. Prócz obu tych wielkich stowarzyszeń pracuje w tym zakresie cały szereg drobniejszych towarzystw i komitetów.

Wynikiem połączonych działań rządu i społeczeństwa włoskiego jest coraz szybszy wzrost emigracyi powrotnej, a zmniejszanie się osadniczej, racyonalna kolonizacya wewnętrzna zapomocą oszczędności, zebranych przez wychodźców zagranicą i zupełne prawie usunięcie niebezpieczeństw społeczno-higienicznych i narodowych, jakiemi milionowa fala emigracyjna Włochom zagrażała.

W olbrzymiej nowoczesnej wymianie produktów idziemy zaraz po Włoszech co do wywozu najcenniejszego bogactwa narodowego, co do eksportu — ludzi. Jeśli przezeń nie ma się społeczeństwo na swej własnej ziemi stać schnącym pniem bez gałęzi, jeśli nie mają marnieć i nikczemnieć nasze siły fizyczne i duchowe, to powinniśmy pamiętać, że kiedyś były pociechą, ale dziś są p r z e s t r o g ą słowa jednego z największych naszych obywateli: »Paść może i naród wielki, zginąć — nikczemny«.

---

*) Dotychczas działające organizacye są zbyt małe i niedość zasobne.

Emigracya i jej wpływ na stosunki zdrowotne i na ruch ludności.

(Zarys referatu na I Zjazd higienistów we Lwowie dnia 19 lipca 1914).

Napisał

Dr Leopold Caro, adwokat krajowy (Kraków).

Najdonioślejszą rękojmią trwałości bytu narodu jest jego liczba. O tej liczbie rozstrzyga z jednej strony płodność, z drugiej wychodźtwo. Wiadomo, że płodność naszego narodu jest bardzo znaczna, z tego powodu powstało obojętne niemal traktowanie wychodźtwa, jako pewnego rodzaju wentylu bezpieczeństwa wobec rzekomego przeludnienia ziem polskich. Pojęcie przeludnienia jest atoli względne. Jest ono bowiem tylko konkluzyą, uświadomieniem sobie braku utrzymania dla pewnej części ludności w danych ekonomicznych warunkach. Z tego wynika, że polepszenie tych warunków powiększa ilość ludzi, mogących znaleźć utrzymanie w kraju; uprzemysłowienie więc, komasacya gruntów i parcelacya bodaj częściowa obszarów dworskich pociągnęłaby za sobą większą gęstość zaludnienia, a temsamem większą odporność i siłę naszego narodu. Dowodem tego Belgia, oraz cyfry, dotyczące wychodźtwa z Niemiec lat temu 40 i obecnie. W szczególności w r. 1872 Niemcy miały 41,000.000 mieszkańców, a przytem olbrzymią emigracyę; w r. 1901 ludność doszła do 60,000.000, wzrosła więc o 50%, a mimo to wychodźtwo, które po wojnie francuskiej wynosiło 0·3%, obniżyło się niemal dziesięciokrotnie, bo do 0·039% ogółu ludności. Gdy w Galicyi przypada 102 ludzi na 1 klm², to w Czechach liczba ludności wynosi w tym samym stosunku 130, na Śląsku 147 a w Austryi Dolnej 178, a w tych krajach emigracya jest o wiele mniejsza.

Marzenia o stworzeniu nowej Polski na drugiej półkuli nie zasługują na poparcie. Gdyby nawet był możliwy rozwój narodu wśród zupełnie odmiennych warunków klimatycznych, to doświadczenie tak północnej, jak południowej Ameryki poucza, że powstały tam narody nowe, nawet niechętnie usposobione dla narodów, z których wyszły, naród bowiem jest związany ściśle z ziemią. Zrozumiałem jest zupełnie, że jedyny naród, który, dzięki narodowej swej religii, bez ziemi utrzymać się zdołał blizko 2000 lat w swojej odrębności, t. j. naród żydowski, nie chce osiedlić się ani w Ugandzie, ani w Argentynie mimo korzystnych warunków klimatycznych i innych, a syonistyczni jego reprezentanci marzą jedynie o Ziemi świętej, t. j. o tym kraju, w którym żył naród ten przez wieki i z którym jest związany tradycyą historyczną. Wszystkie państwa amerykańskie dążą zresztą wszelkiemi siłami do jaknajrychlejszego wynarodowienia przybyszów; — czyni to tak samo Brazylia, jak Kanada, Argentyna jak Stany Zjednoczone. Z tego wynika, że wszyscy, którzy popierają wychodźtwo osadnicze, dopuszczają się ciężkiej winy wobec narodu, bo zmniejszają jego liczbę. Ponieważ jednak z dnia na dzień nie można zmienić warunków ekonomicznych, dziś wprost fatalnych na ziemiach polskich, więc zrozumiałem jest, że obok wychodźtwa zarobkowego, czasowego, mogą się zdarzyć nawet liczne wypadki wychodźtwa osadniczego i indywidualnie mogą być wytłómaczone. Nigdy jednak żadna instytucya dobra publicznego wychodźtwa osadniczego popierać i krajów ściągających ku sobie wychodźtwo osadnicze, jak np. Parany, czy też Rio Grande do Sul, czy Kanady, zachwalać nie powinna.

W ostatniem dziesięcioleciu 1901—1910 do Stanów Zjednoczonych wyemigrowało Polaków z trzech zaborów 873.660, z których zaledwie 20—25% wróciło, w tem z Galicyi wyemigrowało Polaków 400.164. Daty te opierają się na urzędowej statystyce rządu Stanów Zjednoczonych. Rząd brazylijski przezornie nie ogłasza liczby tych, którym za darmo rozdał bilety, a korzystanie z nich dopiero w zeszłym roku zostało w Austryi zabronione; natomiast pierwej zarówno z Tryestu, jak z Bremy, wysyłano z Polski na koszt rządu brazylijskiego rodziny rolników dla osiedlenia się w wymienionych stanach brazylijskich: Paranie, i Rio Grande do Sul. I dziś odbywa się w tym kierunku agitacya, ale ze względu na zakaz rządu, choć niedostatecznie przestrzegany w Galicyi, odbywa się ona po cichu, natomiast w Królestwie, a zwłaszcza w nieszczęśliwem Podlasiu dotąd ognisko to nie wygasło; ostatnia gorączka emigracyjna z r. 1911 wywabiła z Podlasia 6000 ludzi do Parany, którzy przynajmniej w połowie pojechali przez Kraków i Tryest. Emigracya zarobkowa do Argentyny, która miała na celu jedynie dostarczenie Argentynie robotników podczas żniw w 1911 r., t. j. w czasie, gdy Argentyna obawiała się utraty robotników włoskich z powodu równoczesnej wojny trypolitańskiej i nieporozumień między temi państwami na tle wprowadzanej przez Argentynę kwarantany, była tylko na pozór zarobkową, faktycznie wielu ludzi i wówczas kraj na zawsze utracił. Liczba tych ludzi również nie jest znaną, bo Argentyna wystrzega się z tych samych, co i Brazylia, powodów prowadzenia należytej statystyki obywateli austryackich i rosyjskich, w wielkiej części polskiego pochodzenia. Ci też są w najgorszych warunkach. Gdy bowiem Dalmatyńcy, których również jest pewna liczba w Argentynie, jako marynarze przyzwyczajeni do gorętszego klimatu, tudzież znający język włoski, o wiele łatwiej dają sobie radę w państwie, w którem już 1½ miliona Włochów przebywa, a język włoski jest w uboższych zwłaszcza warstwach ogromnie rozpowszechniony, chłop polski jest w o wiele gorszem, niemal rozpaczliwem położeniu, języka bowiem nie zna, do obsługiwania maszyn rolniczych się nie nadaje, majstrowie są Włosi, więc rozkazów i poleceń mu wydawanych chłop nasz nie rozumie, a przytem pod względem wytrwałości i inteligencyi stoi ogólnie niżej od robotnika włoskiego i do zupełnie nowych i odrębnych stosunków nie może się żadną miarą przyzwyczaić.

Przeciw Kanadzie, jako miejscu osiedlania się ludności polskiej, przemawia ze stanowiska narodowego oprócz ogólnej tezy sprzeciwiania się wszelkiemu wychodźtwu osadniczemu polskiemu także fakt, że w zachodnich prowincyach, wchodzących tu wyłącznie w rachubę, jako to Manitoba, Assiniboia i Saskatchewan, klimat jest niezwykle ostry; ogromne zawieruchy, o których niema się w Europie pojęcia, długa zima, krótkie gorące lato, oraz samotność utrudniają życie osadnikowi. Przy usilnej i wytrwałej pracy, żelaznem zdrowiu i licznej rodzinie można dojść i dochodzi się istotnie do majątku, i to tak w Kanadzie, jak i w Paranie; porządek panujący na północy, dosko-

nałe połączenia kolejowe, ogromne składy zbożowe na stacyach, racyonalnie prowadzone nawodnienia oraz imponujący przykład pracowitości i wytrwałości plemienia anglosaskiego przemawiają wprawdzie na korzyść Kanady, zwłaszcza, że na południu jest jeszcze przekupstwo urzędników, przetrzymywanie przybyszów przez długie miesiące w barakach aż do odmierzenia im gruntu, narażanie ich na tygodniowe ulewy i skwar słoneczny w tych prymitywnych barakach; z drugiej strony za lepsze grunta trzeba i w Kanadzie bardzo drogo zapłacić, gdy w Paranie ceny są jeszcze tańsze, i to nietylko na koloniach rządowych, ale nawet w razie nabycia gruntu z drugiej ręki, czy to od przedsiębiorstwa kolejowego, czy też od kolonistów, którzy pierwsi najcięższe roboty już wykonali.

Wyłączając wychodźtwo osadnicze z zakresu naszych rozważań, jako narodowo szkodliwe, tudzież dlatego, że z natury rzeczy nie mogłoby być przedmiotem badań naukowych w kraju, należy sobie zadać pytanie, jaki jest wpływ wychodźtwa na stosunki zdrowotne kraju i co uczynić należy, żeby szkodliwe dla zdrowia ludzkiego wpływy wychodźtwa sparaliżować i unicestwić. Najlepiej dojdziemy do odpowiedzi na to pytanie, przechodząc kolejno wraz z wychodźcami ich etapy podróżne, więc *a*) zatrzymywanie się ich w schroniskach, *b*) podróż koleją, *c*) umieszczenie w międzypokładach okrętów, *d*) pobyt za granicą, tu zaś 1) choroby aklimatyzacyjne, 2) odżywianie się, 3) mieszkanie, 4) rodzaj zatrudnienia i choroby zawodowe, oraz choroby zaraźliwe, a w szczególności gruźlicę i choroby płciowe. Nie mając, jako nie przyrodnik, pretensyi do wyczerpania przedmiotu, tem bardziej w krótkim wykładzie, chciałbym podzielić się tylko spostrzeżeniami mojemi w tej mierze, pozostawiając bardziej od siebie powołanym pogłębienie tych spostrzeżeń i uczynienie ich punktem wyjścia do systematycznego i gruntownego zbadania sprawy i wdrożenia akcyi celem położenia tamy złemu.

a) Przedewszystkiem zwraca tu uwagę urządzenie schronisk i domów noclegowych, i to tak w kraju, jak i w portach. Wyjeżdżając na jakiś czas przed odpłynięciem okrętu z domu, wychodźca musi się zatrzymać w pewnych punktach, będących oraz siedzibami ajencyi, bądźto dla wymiany gotówki, bądź też dla nabycia lub odebrania biletu okrętowego. Otóż towarzystwa okrętowe lub miejscowe ajencye urządzają dla niego w tych miejscach domy noclegowe lub schroniska. Niemniej wychodźca przyjeżdża w myśl wskazówek agentów co najmniej na dzień przed odpłynięciem okrętu do portu, a często i wcześniej, aż do odejścia okrętu pozostaje w owych domach, czy barakach, urządzonych w portach. Otóż pierwszą zasadą higieniczną tych domów powinna być zasada ogólna, t. j. dostarczenie przejezdnym jak największej ilości światła i powietrza. Tej zasadzie czynią zadość w pierwszym rzędzie hale emigracyjne w Hamburgu, w dalszym domy noclegowe, schroniska i hotele emigracyjne w Bremie, Antwerpii, Rotterdamie, a obecnie także i w Tryeście. Kraków, który jest jednem z miejsc przejściowych dla ruchu wychodźczego galicyjskiego, obok Oświęcimia i Szczakowej, ma zaledwie jedno tylko schronisko, położone wewnątrz miasta, a urządzone przez Polskie Towarzystwo emigracyjne w czasie, gdy Towarzystwo to miało jeszcze prawo sprzedaży biletów okrętowych na Tryest, Bremę i Rotterdam w charakterze agenta towarzystw okrętowych. Schronisko to jest w każdym razie co do liczby łóżek niewystarczające i miasto powinnoby zdobyć się na wielki przestronny budynek, położony w obrębie tak zwanego Wielkiego Krakowa, więc poza miastem, i to minimalnie na 1000 łóżek. Ponieważ tylko mała część wychodźców może znaleść umieszczenie w schronisku obecnie istniejącem, więc z natury rzeczy wynika, że reszta dla braku miejsca narażona jest nadal na wyzysk. Podobnie urządzenie takiego zajazdu dla emigrantów w Oświęcimiu i Szczakowej jest niezbędną koniecznością; baraki ajencyi w Oświęcimiu są równie niedostateczne, brak tychże wywołuje nocowanie wychodźców na ulicy, oraz na dworcach, gdzie setki ludzi mieszczą się w III klasie i na korytarzach, a służba kolejowa wobec tej masy ludzi bez dachu w chwilach tłumniejszego przejazdu jest poprostu bezradna.

b) Istnienie tak zwanej czwartej klasy przy pociągach robotniczych w Niemczech jest pożyteczne przy mniejszych przestrzeniach, natomiast przy odległościach dużych, n. p. od granicy austryacko-pruskiej do Hamburga lub Bremy, przebywanie w ciasnej przestrzeni, bez dostatecznej ilości ławek i bez miejsc ustępowych w wagonie, oraz bez oznaczenia maksymalnej liczby podróżnych, którzy mogą być dopuszczeni, jest poprostu męczarnią. Ponieważ koleje państwowe pruskie, przewożące naszych wychodźców, dużą część dochodów czerpią właśnie z obywateli austryackich i kwitnący stan budżetu kolejowego pruskiego, przypisywany sprawności pruskiego zarządu kolei, ma właśnie swe źródło w natłoku naszych wychodźców z Galicyi i Królestwa, przeto zdaje mi się, że przy odnowieniu traktatu handlowego z Niemcami możnaby uzyskać od rządu pruskiego postanowienia, polepszające warunki tego transportu.

c) Fatalne i szkodliwe dla zdrowia umieszczenie pasażerów w międzypokładach okrętów przez 8 do 10 dni w razie podróży do Stanów Zjednoczonych, przez 3—4 tygodnie w razie podróży do Parany lub Argentyny, domaga się gwałtownie zmiany przez ogólne wprowadzenie tak zwanej trzeciej klasy, która i dziś za małą dopłatą jest przystępna na okrętach kompanii niemieckiej, ale tylko dla Niemców. Dążeniem naszem powinno być uzyskanie przekształcenia międzypokładów na mniejsze przedziały trzecioklasowe. Ponieważ przebudowa okrętów pasażerskich musi się odbywać z przyczyn technicznych, oraz ze względu na coraz surowsze warunki ustawodawstwa imigracyjnego Stanów Zjednoczonych w niedługich odstępach czasu, przeto postawienie takiego postulatu usunięcia międzypokładów wogóle nie jest pozbawione szans urzeczywistnienia. Międzypokład, to przebywanie razem przez cały czas podróży tysiąca lub więcej ludzi, nietylko pozbawionych światła słonecznego przez większą część dnia, ale także wystawionych na zarażenie się różnemi chorobami, nadewszystko zaś gruźlicą, chorobami ocznemi i innemi wskutek bezpośredniej i bliskiej styczności z współpasażerami. Wiadomo, że podróż morska, zwłaszcza dłużej trwająca, wywołuje niejednokrotnie wielką śmiertelność dzieci; przez dostarczanie im wyjałowionego mleka, przez pozwolenie dłuższego przebywania na pokładzie podróżującym w międzypokładzie wychodźcom, oraz przez wyznaczenie więcej miejsca, niż dotąd na każdego wychodźcę i bodaj zastosowanie przepisów, wydanych w tej mierze przez Stany Zjednoczone

także i do okrętów na ogół gorszych, a przewożących podróżnych do Ameryki południowej, możnaby ograniczyć ilość przypadków chorób. Są to postulaty, na których urzeczywistnienie monarchia austro-węgierska skutkiem ujęcia w swe ręce sprawy emigracyjnej i dyktowania warunków koncesyjnych wielkim kompaniom okrętowym nie jest pozbawiona wpływu.

d) U celu podróży i po znalezieniu roboty czyha na wychodźcę cały szereg źródeł chorób, wpływających na zmniejszenie jego odporności życiowej i oddziałujących ujemnie na potomstwo, co w razie powrotu wychodźcy do ojczyzny zmniejsza wartość naszego materyału ludzkiego i dlatego nie mogę sprawy tej pominąć, mimo że w tej dziedzinie ustawodawstwo austryackie może tylko częściowo oddziałać w kierunku poprawienia stosunków.

1) Ludzie przyzwyczajeni do klimatu umiarkowanego nie mogą bez narażenia zdrowia przebywać stale w klimacie podzwrotnikowym. Już sławny Vitruvius powiedział w tej mierze: »Quae a frigidis regionibus corpora traducuntur, in calidis non possunt durare sed dissolvuntur«. W wyższym o wiele stopniu odnosi się to do ciężkiej pracy fizycznej, aniżeli do ludzi, wykonujących prace umysłowe i kierownicze. Z tego powodu werbunek naszych włościan do osiedlania się w środkowej Ameryce, w Brazylii z wyjątkiem trzech Stanów południowych, oraz w Stanach murzyńskich Unii tak zwanych »blackbelt« powinien być ustawowo zabroniony. Od czasu do czasu rząd ostrzega przed agitacyą za osiedlaniem się n. p. w Peru lub Equadorze, w Stanie brazylijskim Minas Geraes, w którejś z republik środkowo-amerykańskich, w Luizyanie lub na Florydzie. Tego jednak wszystkiego jest za mało, trzeba nie ostrzegać, ale zabronić. nietylko zabronić, ale agentów okrętowych najsurowiej kontrolować i za każde przekroczenie zakazu pociągać do ścisłej sądowo-karnej odpowiedzialności. Istotnie bowiem werbowanie ludzi, przyzwyczajonych do naszego klimatu, do tych krajów jest wprost zbrodnią, która chyba w wyjątkowych przypadkach przy szczególnej odporności ustroju może nie mieć następstw zgubnych. Choroby aklimatyzacyjne przebywają nasi źle odżywiani wieśniacy i robotnicy, nawet udając się do któregoś z trzech południowych Stanów Brazylii: Parany, Rio Grande do Sul lub Santa Catharina lub do Argentyny. Prymitywność, a w każdym razie zupełna odmienność warunków życiowych pociąga za sobą obok różnicy klimatu sytuacyę, której nie wszyscy mogą sprostać.

2) Poza niebezpieczeństwami ze strony klimatu, oraz wielkich drapieżców, wężów i nader przykrych owadów różnego rodzaju, należy tu omówić przedewszystkiem zmianę odżywiania się. Przyzwyczajony do pewnego rodzaju potraw i napojów musi np. w Paranie oswoić się z czarną fasolą i twardem mięsem, zupełnie inaczej przygotowanem. Wiadomo, że nasi robotnicy w Belgii urządzili przed kilkoma laty strejk z tego powodu, że kucharka nie umiała gotować tak, jak byli do tego przyzwyczajeni. Fakt ten nie dowodzi bynajmniej smakoszostwa robotników, jakby się komu na pozór zdawało, wskazuje owszem, jak szkodliwie oddziaływały na ich zdrowie potrawy, do których nie byli przyzwyczajeni i jak silny był wstręt ustroju do przyjmowania takich potraw. Że gwałtowna i nagła zmiana pożywienia wpływa ujemnie na trawienie i zdrowie, wątpliwości nie ulega. Powoli tylko oswaja się polski wychodźca n. p. z ostrymi korzeniami w »saloon'ach« i »shopach« północno-amerykańskich. Wspólne odżywianie się w »boardinghousach« ma znowu to ujemne następstwo, że wprawdzie gotuje tam dla wychodźców wspólna kucharka rodaczka, ale żądza oszczędności jest u nich tak wielka, że odżywiają się mimo wysilającej pracy naogół zupełnie niedostatecznie.

Zarówno w Stanach Zjednoczonych, jak w Niemczech, Francyi i innych krajach, stanowiących teren pracy wychodźcy, istnieje niejednokrotnie wypłata robotników pośrednia, t. j. do rąk pośrednika, który znowu wypłaca robotników, przyczem zgarnia dla siebie i swoich naganiaczy jawnych i tajnych królewskie zyski. Nadto ma wówczas miejsce to pod względem higienicznym ujemne zjawisko, że robotnicy obowiązani są stołować się wyłącznie u pośrednika, spełniającego tu i owdzie czynności rządcy lub przodownika. Czasem także sam przedsiębiorca ma swoje sklepy i restauracye i płacę uiszcza nie gotówką, lecz przekazami do swoich przedsiębiorstw, jak to się dzieje w szczególności w Ameryce; w Niemczech i Szwecyi sklepy takie lub jadłodajnie należą często do pośredników. Jak najostrzej powinna opinia publiczna wystąpić przeciwko temu systemowi »trucku«, zabronionemu już dawno wobec robotników przemysłowych, a jednak praktykowanemu w Niemczech wobec n. p. robotników, sprowadzanych z Galicyi przez niejakiego Mallego, osławionego agenta, dostarczającego rąk roboczych do cegielni niemieckich, oraz przez drugiego niebezpiecznego wyzyskiwacza, niejakiego Oelbauma, dostarczającego robotników dla kopalni węgla w Adolfshütte. Poza łupiestwem kroci tysięcy ze strony tych i licznych podobnych wyzyskiwaczy należy mówić o tem w związku ze sprawą odżywiania się z tego powodu, że oczywiście ci przedsiębiorcy, czy pośrednicy lub agenci, pragnąc zarobić jak najwięcej, dostarczają jedzenia mało wartościowego i w celu uzyskania równoczesnego odbytu napojów alkoholowych zaprawionego korzeniami. Sądzę, że *a*) agentom i stręczycielom robotników sezonowych wewnątrz monarchii austro-węgierskiej powinno być zabronione pod grozą utraty koncesyi wchodzenie w jakiekolwiek stosunki handlowe z ludźmi, którzy podobnem postępowaniem wyzyskują, a przytem obniżają odżywianie się naszego robotnika. Nadto *b*) rzeczą i zadaniem państwa powinno być wywarcie wpływu na ustawodawstwo ościenne Niemiec, Szwecyi itd. w tym kierunku, by nietylko bezpośrednie wypłacanie zarobku z pominięciem wszelkiego rodzaju agentów było ustawowo zastrzeżone, lecz także, by nie wolno było czyto pośrednikom, czy też samym pracodawcom krępować woli robotnika w wyborze miejsca zaopatrywania się w pokarmy, co właśnie w kopalniach węgla w Belgii dało powód do niepokojów.

3) Mieszkanie w wielkich kasarniach robotniczych, pozbawionych światła i powietrza, pociąga za sobą zwiększoną śmiertelność niemowląt w gorących miesiącach, a to głównie niemowląt karmionych nie mlekiem matczynem, ale sztucznie. Robotnica fabryczna nie może wziąć z sobą dziecka do fabryki ze względu na trujące wyziewy, albo ze względu na regulamin fabryczny, musi więc karmić dziecko flaszką, wówczas zaś śmiertelność niemowląt w lecie w tych wielkich kasarniach, zwłaszcza na najwyższych

piętrach, wskutek strasznego gorąca, bywa bardzo znaczna. Ciasnota mieszkań wywołuje w tych kasarniach również szerzenie się chorób zaraźliwych wśród dorosłych, i to tak wśród członków jednej rodziny skutkiem ciągłego stykania się z chorym, jak i wśród współmieszkańców wogóle w następstwie korzystania ze wspólnych schodów, wspólnego strychu, kuchni, klozetu itd. Wielkie fabryki urządzają dla swoich robotników z tego powodu mniejsze domy rodzinne z ogródkami, czem znacznie zmniejszają śmiertelność i podnoszą zdrowie robotnika i wydatność pracy. Znany jest w tej mierze przykład angielskich fabrykantów mydła, którzy w interesie swoich robotników przenieśli olbrzymią swoją fabrykę z Liwerpoolu do Port Sunlight.

Prymitywność mieszkań w południowej Ameryce, do których przenika zarówno skwar słoneczny, jak w czasie okresu deszczów kilkutygodniowa ulewa, niemniej brak wodociągów, posługiwanie się w tej mierze nie filtrowaną wodą rzeczną, brak kanalizacyi, bywają dalszemi źródłami chorób.

4) Niezwykłe wyczerpanie sił wskutek wysilającej pracy wywołuje często u naszych wychodźców, zwłaszcza przy niedostatecznem odżywianiu się, rozwój gruźlicy, nadto zaś częste bywają choroby zawodowe, jako następstwo dłuższej pracy w fabrykach lub kopalniach pewnego rodzaju. Gorąco i wilgoć, panujące w przędzalniach i farbiarniach, pociągają za sobą ciężkie gośćce mięśniowe, rwę kulszową i t. p. W fabrykach igieł, w wapiennikach, w fabrykach cementu, w kopalniach węgla, oraz w przędzalniach wchłanianie pyłu pociąga za sobą przewlekłe zapalenia oskrzeli i płuc; podobnie wpływa wdychanie gazów w fabrykach chloru, w fabrykach przemysłu chemicznego i sody; w fabrykach ołowiu, zapałek i t. d. wchłanianie trucizn, jako to ołowiu i t. p. z czasem wywołuje zatrucie ustroju. Ponieważ w fabrykach amerykańskich nie istnieją tak surowe i dokładne przepisy higieniczne, jak w Europie, więc niebezpieczeństwo tam jest większe, aniżeli dla robotników, pracujących w przedsiębiorstwach tego rodzaju u nas. Wobec niebezpieczeństwa gruźlicy najważniejsze jest istnienie w tych fabrykach urządzeń wentylacyjnych, pochłaniających pył natychmiast w miejscu, gdzie on powstaje. Niema atoli w Stanach Zjednoczonych wyczerpujących i zgodnych we wszystkich Stanach w tej mierze przepisów, a przestrzeganie ich, tam gdzie one istnieją, zależy od dobrej woli dozorców i właścicieli. Przytem niema się u nas pojęcia o szalonem tempie pracy, panującem w Stanach Zjednoczonych; takie tempo możliwe jest nawet w razie idealnego podziału pracy tylko przy ogromnej uwadze, ciągła uwaga zaś dla ludzi nieprzyzwyczajonych do skupionego myślenia wywołuje szybko wyczerpanie bardzo znaczne. W rezultacie wielka część tych »Amerykanów«, którzy do nas wracają, przywozi gruźlicę. Jeden z wybitnych naszych sędziów, Dr Tałasiewicz, pracujący w Krościenku i w Strzyżowie jako referent spadkowy, doniósł mi o tem, że zauważył, iż bardzo znaczny odsetek powracających do kraju wychodźców umiera na suchoty, tudzież, iż od nich zaraża się ich najbliższe otoczenie. Rozmowa z lekarzem powiatowym potwierdziła trafność tego spostrzeżenia. Z Niemiec, Francyi i Danii przywożą nasi wychodźcy obojga płci często choroby skórne, a przedewszystkiem kiłę. Te i inne choroby oddziałują ujemnie na ogólny stan zdrowotny kraju, udzielając się otoczeniu, które nie umie lub nie może często udzieleniu się zakażenia zapobiedz; nadto zaś wpływają ujemnie na budżet gmin i szpitali, na których ciąży obowiązek leczenia i utrzymywania chorych bez możności regresu do kogokolwiek. Celem niezawodnego stwierdzenia rozmiarów klęski potrzeba tedy, aby rząd krajowy polecił lekarzom powiatowym szczegółowe zbadanie i sprawozdanie ze stanu zdrowotnego w poszczególnych, a bodaj w wybranych typowych gminach każdego powiatu politycznego przy równoczesnem zaznaczeniu, czy z tych gmin istnieje emigracya, dokąd i w jakich rozmiarach. Przypuszczam, iż ogólnym wynikiem tego badania będzie stwierdzenie gruźlicy i kiły, oraz innych chorób zakaźnych, jako zjawiska, towarzyszącego stale wychodźtwu, co uwydatnić się powinno w częstszem od zwykłego pojawianiu się tych chorób w gminach wykazujących emigracyę. Koniecznem następstwem takich spostrzeżeń powinny być zarządzenia krajowej władzy sanitarnej w kierunku badania u granic państwa powracających emigrantów pod względem zdrowotnym i w razie, gdyby choroba ich dawała powód do obaw zarażenia otoczenia, zabezpieczenia tego otoczenia przed zarażeniem w wystarczający sposób. Szczegółowy program takiego zabezpieczenia może być wypracowany dopiero po zebraniu materyału sprawozdawczego.

Krzewienie wiedzy higienicznej jako podstawy rozkwitu zdrowotności publicznej

napisał

Dr Mieczysław Themerson,

lekarz higienista miejskich szkół początkowych w Płocku.

Z mroków posępnej nocy dziejów cierpienia ludzkiego wyłania się coraz jaskrawiej świetlana postać, co jasnem skrzydłem nauki rozprasza gęste bólu cienie.. To bogini Hygiea odsłania stopniowo swe boskie oblicze, kroczy naprzód bezustannie w szatach zdobyczy wiedzy nowoczesnej, znacząc ślady dobroczynnego swego pochodu tryumfalnego antyseptyką, aseptyką, odkażaniem, wyjałowianiem, szczepionką, surowicą...

Już w odległych czasach starożytnych uchylała rąbek zasłony, po przez którą skąpo zaledwie przebijać poczynały hieroglify, — a z nich kapłani wiedzy owoczesnej układali przepisy, ujęte w ramy demonologiczne, później teozoficzne. U ludów pierwotnych profilaktyka, jak u zwierząt, była wyrazem instynktu, który podszeptywał, jak zabezpieczyć ciało przed zmianami pogody, jak zaspokajać głód i t. d. W okresie demonologicznego pojmowania pochodzenia chorób napotykamy rozmaite praktyki zaklęć, oznak czarodziejskich, noszenia amuletów, jako ochronę przed wkroczeniem złych duchów, wywołujących cierpienia, niebezpieczeństwo i t. p. U bardziej rozwiniętych ludów, o światopoglądzie teozoficznym, obrzędy religijne mają chronić przed chorobą; modlitwa i post mają krzepić zdrowie uprzedzać zachorowanie. U Indów troska o człowieka wyprzedza na-

rodziny: w pierwszym miesiącu ciąży modlitwa i ofiary mają wpłynąć na ukształtowanie płci noworodka; w czwartym miesiącu osobny ceremoniał ma wywołać pomyślny poród; miejsce, gdzie ma odbyć się poród, zostaje wpierw odkażone od złych duchów smarami i oblewaniem — (czyż te złe duchy nie są przeczuciem istnienia niewidzialnych zarazków, które mikroskop dopiero zdołał wytoczyć z krainy niewidzialnej na plastyczne tło świata widzialnego?) — po porodzie zaś w celu uniknięcia choroby połogowej oblewa się położnicę wodą święconą (czyżby zwiastun odkażania?); zwrócono też już uwagę na pewne wady cielesne, uniemożliwiające zawieranie związków małżeńskich; po powrocie z pogrzebu, należało obmyć całe ciało. U Chińczyków cała falanga szkodliwych duchów wywołuje rozmaite kategorye chorób lżejszych lub cięższych, — to też cała czereda osobnych zaklinaczy duchów gra rolę lekarzy, wypędzających choroby; w przepisach Konfucyusza już przebija jakiś sanitarny oddźwięk, bo produkty spożywcze podlegają ograniczeniom co do przyjmowania: niewolno jadać niedojrzałych owoców, niektóre pokarmy dobierane są odpowiednio do wieku i pory roku, wyskok napiętnowany jest jako czynnik szkodliwy i podlega ograniczeniom; na plan pierwszy też wysunięta jest czystość: mycie się 5 razy dziennie, po kąpieli należy wycierać się dwoma ręcznikami (dla górnej i dla dolnej połowy ciała), co trzeci dzień myć głowę, brudne nogi obmywać gorącą wodą, do mycia brudnej twarzy używać wody ryżowej (przypuszczam, jako lepiej oczyszczającej). U Hebreów widzimy już rozwój postępowy z łupiny demonologii ziarna teozofii: uszkodzenie własnego zdrowia, to grzech; sentencya biblijna »grzech twój prześladować cię będzie aż po drugie i trzecie pokolenie«, czyż niema związku z teoryą o dziedziczności; a przepisy o pokarmach, szczególniej zabronienie używania krwi oraz solenie mięsa mają dla krajów gorących doniosłe znaczenie higieniczne, (bo mięso, krwi pozbawione, nie tak prędko gnije); prawodawca Mojżesz zabrania używania mięsa, wywołującego choroby (wieprzowina — włośnicę i t. p.). To też Virchov mianuje Mojżesza jednym z najlepszych lekarzy. Co się tyczy obrzezania, mogę tylko nadmienić, że aczkolwiek powstało z obyczaju pogańskiego — nie jest jednakże pod względem higienicznym pozbawione wszelkiej zasady racyonalnej; odosobnienie trędowatych zdala od obozu ludzkiego należy już chyba do środków »par excellence« higienicznych — jakoteż nakaz talmudyczny zakopywania padłych zwierząt. Organizacya kwarantany istniała już u Egipcyan, Asyryjczyków i innych ludów starożytnych.

Z natury rzeczy szukali już od dawien dawna ludzie wody zdatnej do picia, z uwzględnieniem nawet smaku, gdzie zaś źródła samoistnego znaleźć nie mogli, urządzali umyślne zbiorniki. W Azyi wschodniej znajdują się starodawne studnie i cysterny. W Afryce północnej wykopywano studnie w pobliżu Nilu, jako rezerwoary do picia i celów rolnych. Sztuka instalacyi wodociągowej rozpowszechniona była w Egipcie i w Rzymie; w VI stuleciu przed Nar. Chr. Polykarp wybudował na Samos wodociąg z tunelem 1.000 mtr. Cesarze rzymscy troszczyli się o dostarczanie Rzymowi dobrej wody do picia, to też zbudowane zostały w r. 315 przed Nar. Chr. Appia Claudia, w 273 Aniovetus i trzeci wodociąg w 144. Do tej pory jeszcze funkcyonują 4 wodociągi starożytne. Toż samo praktykowano i w prowincyach rzymskich.

Wartość kąpieli, resp. czystości dla zdrowia niemniej ceniona była w starożytności, to też w Rzymie było aż 800 zakładów kąpielowych. Warto przyjrzeć się tu pieczołowitości, jaką otaczano te źródła czystości: przed kąpielą lekka gimnastyka w dobrze ogrzanej rozbieralni, poczem nacierano całe ciało olejkami — rodzaj miesienia — następnie gorąca wanna aż do siódmego potu, zimne oblewanie i pogrążenie w basen zimny — ostatecznie powtórne nacieranie skóry.

Na wschodzie (u Hebreów) kąpiele wchodziły w zakres przepisów religijnych; do Hiszpanii wprowadzili je Maurowie. Krzyżacy po powrocie z wojny świętej, przenieśli zwyczaj kąpania się ze Wschodu do Niemiec, Francyi i Anglii, gdzie weszło w zwyczaj kąpać się przed każdą uroczystością. W celu ustalenia tego czynnika czystości i popierania instalacyi kąpielowych wprowadzono nawet podatek kąpielowy — w soboty zaś nawoływano rzemieślników do kąpieli biciem w bęben.

Jednakże wobec zawleczenia trądu, który najbardziej się udzielał przez wspólne kąpiele — nawet lekarze ówcześni, nie mając podstawy naukowej do racyonalnego rozwiązania sprawy odkażania, metody zapobiegawczej, uciekli się do rugowania kąpieli. I dziś jeszcze zdarza się, że rodzice nie chcą posyłać dzieci szkolnych do kąpieli ogólnych, obawiając się zarażenia świerzbem, co niestety bywa. Ale inny wysnuwamy dziś wniosek, że zakłady kąpielowe zbyt nikłą otoczone są opieką sanitarną, że nie podlegają ścisłej desynfekcyi, są brudne. Wiemy, jak je odkażać i przez ścisły nadzór i zachowanie w nich czystości możemy szerokim warstwom ludności zaszczepić zaufanie i pociąg do kąpieli. I oto widzimy smutny obraz dziejowy, jak urządzenie higieniczne, grające doniosłą rolę w rozwoju zdrowotności publicznej, skutkiem braku podwaliny naukowej, jeszcze nie dojrzałej higieny, zostaje wyrugowane z praktyki społecznej, aż długie stulecia znowu je wysuną na widownię życia społecznego, ale już na zasadzie racyonalnego światopoglądu higienicznego.

Jaki pożytek dla zdrowotności publicznej płynie z usuwania gnijących odpadków, wydzielin, ścieków, zrozumiano już i w starożytności. To też znajdujemy kanalizacye w Babilonie, Kartaginie, Egipcie; w Jerozolimie za panowania Heroda budowano osobne kanały, odprowadzające ścieki do basenów, gdzie segregowano na części płynne do spuszczania i gęste do czerpania dla mierzwienia roli; w Rzymie pozostała jeszcze do dziś Cloaca magna. Skąd też przechodziły te względy sanitarne do państw nowoczesnych i oto mamy już w XVI stuleciu kanalizacyę w Anglii, że nie będę wyliczać kolejnego rozwoju w innych państwach dla braku czasu i miejsca.

Zwłoki w Grecyi i Rzymie palono, w Palestynie chowano głęboko w ziemię.

Mięso podlegało przepisom religijnym z punktu używalności, w późniejszych zaś czasach wszystkie ludy, spożywające mięso rynkowe (nie z własnego uboju przez polowanie i t. p.) starały się prawnie zabezpieczyć swe zdrowie przed złym gatunkiem towaru spożywczego.

Ochrona zdrowia osobniczego zawsze była w ścisłym związku z poziomem kulturalnym człowieka i zależała od

jego światopoglądu demonologicznego, teozoficznego lub naukowoprzyrodniczego: stosownie do tego chronić go miały amulety, woda święcona, świeca woskowa, modlitwa, post i t. p., albo też w najnowszych czasach racyonalne zapobieganie, oparte na zasadach bakteryologii. Od chorób zaraźliwych ludy starożytne broniły się podług skali pojęć o pochodzeniu oraz istocie cierpień zakaźnych, a tym wszystkim przypadkowym praktykom ochronnym kres położyła bakteryologia, nadająca nowy kierunek walce społecznej z zakażeniem endemicznem i epidemicznem. Należałoby tylko uzupełnić to uwagą, że jeszcze przed odkryciem zarazków istniały już, dzięki ludzkiej spostrzegawczości, niektóre zupełnie racyonalne metody zapobiegawcze (n. p. szczepienie ospy), wypływające z obserwacyi fali rozwoju i rozchodzenia się chorób, kierunku ich pochodu (dżumy, cholery — organizacya kwarantany i t. d.).

Po odkryciu Schleidena i Schwanna o komórce i stworzeniu przez Virchowa patologii komórkowej, fundamentu anatomii patologicznej, dającej możność określenia istoty choroby, po ustaleniu następnie istnienia drobnoustrojów przez Pasteura, na czem ugruntowali antyseptykę — Lister i aseptykę — Bergmann, i nareszcie po odkryciach Kocha założone zostały czysto naukowe podwaliny pod budowę okazałego gmachu higieny osobniczej i społecznej.

Niechaj jednakże ta higiena nie będzie wyłącznym emblematem lekarzy, bo jako nauka o gospodarce zdrowotnej powinna być udziałem też budowniczych, inżynierów i socyologów.

Jeżeli higiena zawdzięcza swe metody po części naukom przyrodniczym i nowoczesnej medycynie, to jednakże wykonawstwo higieniczne byłoby uniemożliwione bez znajomości nowopowstałych warunków społecznych, które wpływają na odmienność sposobów zapobiegawczych indywidualnych od masowych.

Wiemy, że miasto, jak wampir, wysysa ciągle krew lepszą z ludności wiejskiej, w celu uzupełnienia potrzebnego mu zapasu energii, która znacznie więcej wyczerpuje się w warunkach wielkich skupisk ludzkich. O ile emigracya wiejska do miast sprzyja rozwojowi wyższej kultury ekonomicznej, socyalnej i intelektualnej, o tyle pogarsza warunki zdrowotne tej byłej ludności wiejskiej, wskutek czego upada stan fizyczny — przeciętny całego narodu.

Śmiertelność wśród ludności miejskiej, bez względu na rozmaite udogodnienia sanitarne, jest jednak większa od śmiertelności wśród ludu o 3·5‰, co przypisać należy skupieniu na małej przestrzeni. Jeżeli przytem uwzględnimy tablice wzrastania miast wielkich:

	powyżej 100.000 ludności				
	1850	1880	1890	1900	1910
Niemcy	4	15	26	33	48
W. Brytania	10	26	32	39	51
Austrya W.	3	4	6	8	9
Francya	5	10	12	15	15
Włochy	10	11	—	11	13
Hiszpania	4	5	—	6	7
Rosya	2	4	10	14	19
Belgia	2	4	4	4	4
Holandya	1	3	3	4	4
Stany Zjednoczone	6	19	25	36	50
Nizina polska	—	—	—	—	14

to widzimy ze zgrozą, jak coraz bardziej punkt ciężkości przenosi się na te skupiska, a wielkiej i żmudnej potrzeba pieczołowitości i energii, aby nie dopuścić do wzrastania chorobowości oraz śmiertelności, zjawisk, zależnych po części od skoncentrowania na małej powierzchni ogromu siedzib ludzkich.

Ciasnota mieszkań, szkodliwe wpływy pracy zawodowej, niedostateczne odżywianie wraz z biedą miejską, stanowią społeczne przyczyny chorób w naszym wieku kapitalistyczno przemysłowym. Choroby osesków, gruźlica i alkoholizm są bezpośrednio wynikiem warunków powyższych. To najokrutniejsi nieprzyjaciele ludności, co w kurzawie dymu miejscowości fabrycznych, w mroku wysoko zabudowanych ulic (drapaczami nieba), w zgiełku denerwującego trybu życia zmniejszają odporność fizyczną i psychiczną ludności, prowadząc do nadużyć płciowych z powikłaniami wenerycznemi, chorób umysłowych i samobójstw, oraz potęgują statystykę przestępczości.

Zachodzi pytanie, czy wstęp na drogę przyrodniczą jako podłoże rozwoju higieny, dał już w zupełności wyniki spotęgowania zdrowotności publicznej do tego szczytu, jakiegoby należało się spodziewać?

Jeżeli zważymy, ile czynników społecznych wpływa na układ zdrowotności ludzkiej, to zrozumiemy, że bez poprawy tych warunków, bez ujęcia ich w ramy zgodne z postulatami higieny mieszkaniowej, fabrycznej, zawodowej i t. d. — niema nawet mowy o usunięciu braków, tłumiących zmniejszenie śmiertelności, a potęgujących ilość zachorowań i niezdolności do pracy. Gdyby się udało nawet włożyć w ścisłe przepisy prawnopaństwowe wszystkie bez wyjątku zasady higieny społecznej, to i wtedy jako nakaz, choć z najracyonalniejszego »per se« płynący źródła, nie rozwikła tego węzła, dopóki najszersze warstwy ludności nie zrozumieją doniosłości wykonywania tych przepisów dla ich własnego zdrowia i dobrobytu, dopóki w ich świadomości nie zapłonie światło samowiedzy, że higiena, to nie cacko na pokaz, ani pergamin akademicki, lecz nauka dążąca do celów praktycznych, wymagająca bezpośredniego stosowania na każdym niemal kroku życia powszedniego.

Tu właściwie tkwi istotne źródło ufundamentowania zdrowotności publicznej, kiedy wszyscy od pierwszego do ostatniego stać będą na straży zdrowia własnego i publicznego, kiedy w poczuciu tego obowiązku, ze świadomości podmiotowej wysnuwanego, nie dopuści nikt do uszkodzenia zdrowia bliźniego: nie utai choroby zakaźnej w łonie rodziny, nie przeszczepi jej przez rodzeństwo do szkoły, do biura, fabryki, warsztatu, nie zarazi żony chorobą weneryczną małżonek, ani wogóle kobieta mężczyznę lub odwrotnie, nie zawrze związku małżeńskiego suchotnik, nie przywita się ze zdrowym chory na świerzb, nie zatruje powietrza cuchnącymi wyziewami niezdarnej gospodarki kamienicznik, ani niechlujstwem lokator, nie wyzyska nadwartości pracy fizycznej robotnika fabrykant, czeladnika — majster, nie oszuka spożywcy na gatunku produktów spożywczych ani producent, ani kupiec-pośrednik, nie zabarwi falsyfikatem napojów sprzedawca, ani zagwoździ młodocianego umysłu zły pedagog, naodwrót — kiedy każdy chętnie da dziecku szczepić ospę i rewakcynować, odda chorego zakaźnego do szpitala, sam pójdzie do domu izola-

cyjnego, spełni przepisy sanitarne w podwórzu, lokalu, na ulicy (nie pluć i t. p.) i wszędzie — wszędzie, gdzie zajdzie potrzeba. Jeżeli jednak ani pouczanie, ani upomnienie nie pomoże, wtedy dopiero z prawa konieczności obrony zdrowia ogółu uciec się musimy do władz administracyjnych, działających n. b. na zasadach prawa sanitarnego ugruntowanego przez ciało naukowo-lekarskie wyższej instancyi państwowej, kierującej się nie fantastyczną samowolą, lecz wskazaniami higieny społecznej.

Ale jak dostać się do wnętrza ciemnych umysłów niezdolnych do objęcia tak rozległego widnokręgu naukowego uzasadnienia konieczności stosowania postulatów higieny indywidualnej i społecznej? Jak unieszkodliwić t. zw. roznosicieli zarazków, t. j. ludzi, który bez widocznej dla własnego zdrowia szkody noszą w swem ciele i wydzielają nazewnątrz w wydzielinach zarazki, narażające otoczenie na niebezpieczeństwo zakażenia?

Różnorodnymi szlakami, a równorzędnie należy dążyć do celu, ochrony zdrowia publicznego. Najbardziej wrażliwe pokolenie młode, uczęszczające do szkół publicznych, niechaj tu wessie w swój mózg i poczucie wiedzy higienicznej, a obdarzać nią będzie przez całe życie i siebie i rodzinę obecną i przyszłą, własną i nowsze pokolenie i swoje otoczenie. Niechaj rekrut każdy, do wojska wstępujący, wraz z wykształceniem militarnem otrzyma wychowanie sanitarne oraz naukę higieny popularnej, aby i później po powrocie na łono społeczeństwa stał się świadomym czynnikiem krzewienia zasad higieny na tle bytu powszedniego. Niechaj po fabrykach i zakładach przemysłowych ogół robotników również ujęty zostanie w objęcia pieczołowitej troski higienicznej i rozumnego pouczania, jak ma unikać szkodliwych wpływów pracy zawodowej, jak ćwiczyć i rozwijać krzepkość sił fizycznych, skąd płynie konieczność przestrzegania nakazów sanitarnych. — Po warsztatach rzemieślniczych wśród czeladzi i uczniów niechaj także się roziskrzy płomień oświaty higienicznej w postaci popularnie ułożonych przepisów zachowania zdrowia, aby wraz z wiedzą fachową równolegle wnikały w umysły czeladzi wiadomości z obcej im teraz dziedziny umysłowo-higienicznej. Niechaj po wszystkich szpitalach, szczególniej dla chorych zakaźnych ozdrowieńcom, — tym głównym roznosicielom zarazków, wyjaśniają, jak się mają zachowywać po wyjściu ze szpitala względem rodziny i otoczenia, aby niczyjego zdrowia nie zakłócić. Świadomy niebezpieczeństwa, jakie w sobie nosi, ozdrowieniec zostanie do minimum unieszkodliwiony, o ile otrzyma odpowiednią instrukcyę zapobiegawczą. Rzecz naturalna, że byłoby daleko lepiej dla zdrowotności publicznej, gdyby nie wypuszczano ze szpitali takich roznosicieli, dopóki nie ozdrowieją nietylko klinicznie, ale i bakteryologicznie.

Tjaden w Bremie dowiódł, że z 1843 chorych na błonicę lasecznik błonicy ginął dopiero:

po 2 tyg.	w	67%	przyp.		8 tyg.	w 97·4%
» 3 »	»	75%	»		9 »	99·3%
» 4 »	»	83·6%	»		10 »	99·5%
» 5 »	»	89·1%	»		11 »	99·4%
» 6 »	»	93·4%	»		14 »	99·45%
» 7 »	»	96·9%	»	i dopiero po	17 tyg.	100·0%

A że tacy chorzy szpitalni rekrutują się przeważnie z biednej klasy ludności, wracają przeto do najniehigieniczniejszych warunków domowych; tem są niebezpieczniejsi pod względem rozpowszechnienia chorób zakaźnych. Byłoby bardzo wskazane posiłkować się inicyatywą Mayera, t. j. urządzać ochrony dla ozdrowieńców (możnaby tworzyć przy szpitalach osobne oddziały) po chorobach zakaźnych, gdzieby stała systematyczna kontrola bakteryologiczna orzekała, kto się nadaje do powrotu na łono rodziny. Oprócz tego powinna być dostateczna liczba obszernych domów izolacyjnych do racyonalnej walki z epidemią chorób zakaźnych, bo tu tylko można unieszkodliwić zdrowych roznosicieli zarazków, którzy się stykali z chorymi i łatwo mogą szczepić do koła chorobę — i tych lepiej uświadomić, wykazać im dowodami naukowymi i praktycznymi, jak są niebezpieczni dla otoczenia. dla własnej rodziny. Prof. Forster dowiódł, że takie wyjaśnienie przez stacyę tyfusową zmniejszyło w Strasburgu liczbę zachorowań z 228 do 48.

W Niemczech, Francyi i Anglii już takie instrukcye ochronne opracowano — kolej więc już i na nas.

Nie mogę w krótkim referacie wyliczyć ognisk zrzeszeniowych, skupisk, zakładów, gdzie może i powinno rozbrzmiewać żywe słowo pouczania, uświadamiania, upominania — gdzie ma rozpalić się jasna pochodnia oświaty higienicznej. Na każdej drodze rozstajnej, na każdym rogu, we wszystkich zakątkach i zaułkach, w parkach i na placach publicznych, w każdym lokalu prywatnym i publicznym niech godnie wisi sztandar z napisem »mens sana in corpore sano«, lecz nie w języku dla masy niedoścignionym, ale w mowie zrozumiałej, bo popularnej. Niechaj jak z rogu obfitości sypią się te ziarna na grunt umysłów ludzkich ciągle... bezustannie... bez przerwy, a wydadzą bujne kłosy świadomości na dobrze umierzwionej pracą kapłanów nauki roli ludowej.

Kartki ulotne, odezwy stałe, gazety codzienne, pisma tygodniowe, prasa ogólna i fachowa, pokazy specyalne, kinematograf, wystawa wędrowna, muzeum stałe i przenośne, wzory, odczyty, pogadanki, wykłady, — oto bogaty arsenał do rozporządzenia tych, którym leży rzetelnie na sercu sprawa spotęgowania zdrowia publicznego, zmniejszenia śmiertelności, rugowania zarazków z właściwych siedlisk zakażonych.

Jeżeli wydawać przepisy, układać prawa, słać nakazy może państwo, to nie może jednak wejść w duszę ani pojedynczą, ani zbiorową, aby wykrzesać z niej uległość wobec tych zarządzeń higienicznych. Tu potrzeba innej siły twórczej, nie z góry, ani z nakazu płynącej, lecz z samego łona narodu zrodzonej, z jego bólu i krzywd wyrosłej, z dolą jego i niedolą spojonej, z każdą troską życia codziennego sprzągniętej, nie stającej na piedestale władzy, ani niedoścignionego kapłaństwa, lecz szczerej, prostej, zaufania godnej, z nauki czerpiącej materyał i środki do szczepienia wiedzy, a z serca — ukochanie ludu i dążenie do poprawy jego bytu fizycznego i duchowego.

W łonie narodu istnieją te potęgi, skupiające w sobie konglomerat potrzebnych do takiej działalności sił wydajnych. Niechaj społeczeństwo powierzy tę misyę świętą lekarzom, uposażonym w głęboką wiedzę higieny teoretycznej i praktycznej, epidemiologii i bakteryologii, socyologii i czystą krynicę humanitaryzmu, niechaj im stworzy odpowiednie warsztaty pracy: pracownie bakteryologiczne i katedry popularne. Jeżeli tworzy stanowiska instruktorów

olnych, ogrodniczych, czemuż nie ma tworzyć stanowisk instruktorów zdrowia publicznego. Taki instruktor zdrowia, mający do dyspozycyi wszelkie środki pomocnicze do badania źródeł zarazy, do wykrywania roznosicieli, stykający się z całą ludnością (bezpłatnie w stosunku do jednostek), najlepiej odegra rolę reformatora-higienisty, praktycznie krzewiącego zasady higieniczne radą, wskazówką, nawoływaniem, biciem w dzwon niebezpieczeństwa, gdy groźba epidemii stanie u wrót. Taki instruktor, niezależny od praktyki codziennej zarobkowania, z biegiem czasu zyska zupełne zaufanie ludności, a zaufanie do higienisty, to fundamentalny stopień do ucieleśnienia idei higienicznej, to niezbędny czynnik do zrealizowania teoretycznych postulatów higieny. Do pomocy instruktorowi niechaj idzie w służbę publiczną »Liga krzewienia wiedzy higienicznej«, której zadaniem będzie ułatwienie instruktorowi rozległej działalności przez dostarczenie środków materyalnych do stworzenia placówek podstawowych, instytutów epidemiologicznych, bakteryologicznych, statystycznych, oraz poparcia moralno-duchowego, niezbędnego w naszych szczególnych warunkach jako stała podnieta.

Trzy przypadki moru, a każdy w innej postaci, spostrzegane na jednym z austryackich parowców

podał

Dr Józef Batko,

dyrektor i lekarz naczelny urzędu kwarantanowego w Suezie.

Od sierpnia do listopada r. 1901 bawiłem w Aleksandryi, zastępując dyrektora tamtejszego urzędu kwarantanowego. Wtedy to właśnie zdarzyły się na jednym z okrętów austryackiego Lloyda 3 przypadki dżumy, których dotychczas nie ogłosiłem, a które zasługują na wspomnienie ze względu na różnorodność postaci i powstania choroby.

Dodać należy, że w tym właśnie czasie zaczęto myśleć o tępieniu szczurów na okrętach i mnie właśnie powierzono robić spostrzeżenia w tym kierunku, które potem w »Bulletin quarantenaire« podałem.

Otóż we wrześniu 1901 doniesiono nam z Port Saidu, że przybył tam z Bajrutu okręt austryacki, kursujący między Aleksandryą, portami syryjskimi, Konstantynopolem i Odessą, na którym wykryto podejrzany przypadek dżumy. Okręt odesłano do Aleksandryi ze względu, że Port Said jeszcze w tym czasie lazaretu do odosabniania nie posiadał, a nadto, że ostatecznem przeznaczeniem okrętu była Aleksandrya.

Po przybyciu okrętu stwierdziliśmy podczas wizyty, że u »nostruomo« (przełożony marynarzy) istniała w trójkącie Scarpy uda prawego dymienica wielkości pięści małego dziecka, bolesna, o powierzchni zaróżowionej. Nad kostką goleni prawej przeczos wielkości i kształtu fasoli, przyschły. Ciepłota 38·6, osłabienie wielkie, tętno słabe i mocno przyspieszone, jednak stan chorego nie groźny. Zrobiliśmy nakłucie, a treść dymienicy zaszczepiliśmy na agarze i bulionie.

Badanie treści pod mikroskopem dało odrazu, a hodowla agarowa i bulionowa po 36 godzinach wynik dodatni.

Podczas badania załogi okrętowej znaleziono jednego marynarza, dotkniętego gorączką 39·5° z objawami zapalenia oskrzeli i płuc, którego jako podejrzanego w kierunku postaci płucnej moru wraz z pierwszym chorym natychmiast odosobniono w lazarecie kwarantanowym.

U trzeciego marynarza spostrzeżono na grzbiecie ręki prawej rodzaj owrzodzenia, jakby kiłowego, o dnie pokrytem wydzieliną szarawą i z brzegami nieco podminowanymi. Lekarz okrętowy objaśnił mnie, że była to krosta (pustula), którą on przeciął. Ponieważ nie było gorączki, a marynarz ów miał się zupełnie dobrze, przeto sądziłem, że było to jakieś niewinne owrzodzenie i nie odosobniłem chorego. Poleciłem jednak lekarzowi pilnie go obserwować.

Wszyscy podróżni zostali przewiezieni do lazaretu. Na okręcie pozostała tylko załoga; okręt poddano pięciodniowej kwarantanie.

Już na trzeci dzień lekarz okrętowy zawiadomił mnie, że u trzeciego chorego spostrzegł na zewnętrznej stronie przedramienia prawego dwa małe gruczołki niebolesne. Ciepłota prawidłowa, stan zupełnie zadowalniający. Owe gruczołki wydały mi się jednak podejrzane, wobec czego zarządziłem odosobnienie chorego w lazarecie.

Ciepłota u pierwszego chorego wahała się między 38·5° a 39·5° C. Dymienica po trzech dniach zropiała i została nacięta, poczem stan chorego zwolna, ale stale się polepszał, a rana po 18 dniach pobytu w szpitalu zupełnie się zgoiła.

Drugi chory zaraz po przeniesieniu do szpitala zaczął majaczyć, a ciepłota wahała się między 39·5° a 40·8° C. Zaraz po odosobnieniu wstrzyknięto choremu silną dawkę surowicy przeciwdżumowej, co przez kilka dni następnych powtarzano. Z początku chory nic nie odpluwał, dopiero w drugim dniu pobytu w szpitalu wystąpiło krwioplucie. W plwocinie wykazano pod mikroskopem i na agarze bakterye dżumy. Na całem ciele spostrzegano tu i ówdzie wybroczyny.

Rzecz nadzwyczajna, że chory wyzdrowiał. Przypisać to chyba należy energicznym wstrzykiwaniom surowicy, małej jadowitości zarazka i bardzo silnej budowie chorego.

Nakłucie jednego gruczołka u trzeciego chorego i następowe badanie bakteryologiczne dały także wynik dodatni, chociaż badanie mikroskopowe bezpośrednie treści gruczołowej dało wynik ujemny, a bakterye dżumy na agarze wyrosły dopiero po trzech dniach. Najwyższa ciepłota u tego chorego była 37·8° C. Założono okład sublimatowy na owrzodzenie i gruczoły. Owrzodzenie na ręce poczęło się goić, a gruczoły na przedramieniu znikały tak, że zdawało nam się, iż chory wyzdrowiał.

Tymczasem w 12 dni po odosobnieniu zaczął chory skarżyć się na ból w pasze prawej i silny ból głowy. W pasze wyczuć było można bardzo bolesny gruczoł wielkości orzecha, który się szybko powiększał. Gorączka na drugi dzień doszła do 40° C. Towarzyszyły jej wymioty, majaczenia i tętno 120. Badanie bakteryologiczne treści dymienicy stwierdziło bakterye dżumy.

Wstrzyknięto 4 razy silne dawki surowicy. Dymienica zropiała, została nacięta i chory wyzdrowiał.

Zarządzono ściśle odkażenie okrętu. Towary wyładowano na galary. Ziemię, znajdującą się na dnie okrętu jako balast, wyładowano również na galary i wyrzucono na otwarte morze, poczem w każdym przedziale okrętu spalono odpowiednią ilość siarki celem wytępienia szczurów, gdyż zachodziło podejrzenie, że przyczyną powstania dżumy na okręcie były właśnie szczury. Trzeciego bowiem dnia po odosobnieniu okrętu marynarze spostrzegli wlokącego się szczura, który, widocznie chory, ostatecznie padł. Sekcya szczura i badanie bakteryologiczne treści z różnych narządów wykazały dżumę.

Wobec tak niezbitego dowodu, że dżuma szerzyła się między szczurami okrętu, pytałem się kapitana, czy nie zauważył kiedy na okręcie niezwykłego padania szczurów. Objaśnił mnie, że nie, gdyż na jego okręcie szczury pilnie się wyłapuje. Był nawet na okręcie pewien marynarz, który się tem specyalnie zajmował i za każdego szczura, którego zdobył i kapitanowi pokazał, otrzymywał 2 soldy. Marynarz ten jednakże niedawno zmarł i został pogrzebany w Odessie.

Zapytałem zatem lekarza okrętowego, jaka była przyczyna jego śmierci. Otrzymałem odpowiedź, że okręt, przybywszy do Odessy z Konstantynopola, gdzie było kilka sporadycznych przypadków dżumy, został odesłany do Teodozyi celem odbycia 10 dniowej kwarantany. Tam też zachorował ów marynarz. Lekarz kwarantanowy rozpoznał nieżyt oskrzeli i nie przywiązywał do choroby większego znaczenia.

Po powrocie do Odesy chory miał gorączkę 39·3° C i niedługo umarł. Pierwszy oficer miał widzieć, że niedługo przed śmiercią pluł krwią.

»Nostruomo« (pierwszy chory) zajmował się przygotowaniem do pogrzebu, wkładaniem do trumny i wraz z innymi marynarzami towarzyszył konduktowi pogrzebowemu. Podczas drogi na cmentarz but otarł mu nogę aż do krwi, w którem to miejscu powstała później krosta, a w 8 dni potem bolesny gruczoł w okolicy pachwiny tej samej kończyny.

Ten sam »nostruomo« opowiadał mi też, w jaki sposób odbywało się owo łowienie szczurów. Ów marynarz, który potem zmarł, ustawiał mianowicie grubą deskę i podpierał ją beleczkami z drzewa. Na jednej beleczce umieszczał kawałek mięsa. Beleczka była ustawiona w ten sposób, że skoro szczur zaczął szarpać mięso, beleczka się usuwała, a deska spadając, gniotła szczura tak, że według wyrażenia »nostruoma«, »robiła ze szczura omlet«. Wtedy ów marynarz wyciągał szczura z pod deski za ogon i przynosił pokazać kapitanowi, aby otrzymać premię.

Wobec tego, że, jak wyżej wspomniałem, znaleziono na pokładzie szczura, dotkniętego dżumą, należy przypuszczać, że inne szczury, które łapał zmarły marynarz, były dotknięte dżumą i że to właśnie było punktem wyjścia zakażenia się i śmierci owego marynarza. »Nostruomo« i dwaj inni chorzy, wkładając zmarłego do trumny, od niego się zarazili.

Spadek śmiertelności z gruźlicy i jego przyczyny *).

Podał

Dr Ant. Kuczewski (z Zakopanego).

Każdy, kto ma jakąkolwiek styczność ze zwalczaniem gruźlicy, kto nawet oddaje się wyłącznie leczeniu chorych na gruźlicę, gdy zapragnie pogłębić działalność swą w tym kierunku, nie może zadowolnić się kliniką, lecz musi uwzględnić — i to w równej mierze — higienę. Kto zechce zwłaszcza znaleźć szerszą, społeczną miarę wartości leczniczej uzdrowisk dla chorych na gruźlicę płuc, będzie musiał zajrzeć do tajników spadku śmiertelności na gruźlicę i zastanowić się nad jego przyczynami.

Prawdziwy obraz szerzenia się gruźlicy mogłaby dać tylko statystyka zachorowań. Takiej wszakże nie posiada żadne państwo. Zaznaczyć jednak należy, że w ostatnich czasach pojawiają się już głosy, domagające się obliczania przypadków zachorowań (22) i że są już pewne usiłowania w tym kierunku (21). Dopóki to wszakże nie zostanie przeprowadzone na wielką skalę, należy zadowolnić się statystyką śmiertelności.

W rozmaitych krajach jest ona prowadzona rozmaicie, bo przez rozmaite osoby, najczęściej przez duchowieństwo. Stąd bardzo łatwe pomieszanie gruźlicy, zwłaszcza suchot płucnych, z innemi chorobami narządów i dróg oddechowych. We włoskiej np. statystyce, jak zaznacza to Grotjahn (10), część gruźlicy bywa zaliczona do chorób krtani i gardła. W niektórych znowu państwach psuje statystykę oznaczanie gruźlicy płuc nazwą przewlekłego nieżytu płuc.

Dla porównywania przeto niezbędne są tablice zestawień śmiertelności na suchoty, na zapalenie płuc i na nieżyt oskrzeli. Takich właśnie zestawień dostarcza nam statystyka większości cywilizowanych krajów, zwłaszcza Wielkiej Brytanii i Prus, ale dopiero w ostatnich dziesięcioleciach.

Dalej trzeba uwzględnić, że statystyka gruźlicy w wielu państwach, jak np. w Danii (28), Szwecyi (46) i Francyi (10), dotyczy tylko ludności miejskiej. W jednych znowu państwach obejmuje statystyka ogólną gruźlicę ze szczegółowo opracowanemi poddziałami gruźlicy płuc i innych narządów, w innych zaś wcale nie uwzględnia tych poddziałów Austrya np. wykazuje liczby śmiertelności tylko z ogólnej gruźlicy (11), natomiast Finlandya posiada odnośną statystykę wyłącznie co do gruźlicy płuc (41). Dlatego przy porównaniu liczb śmiertelności w rozmaitych krajach należy zawsze mieć te braki na względzie, zwłaszcza, im bardziej odsuwamy się w przeszłość. Ale, jeżeli chodzi o śmiertelność w jednym i tym samym kraju lub mieście, to braki te nie mają istotnego znaczenia. Zresztą, jak zaznacza Robert Koch (3), suchoty płucne są wdzięcznym materyałem dla statystyki, bo charakterystyczne, ogólnie znane objawy pozwalają nawet laikom stosunkowo pewnie rozpoznawać suchoty.

Wobec znacznej przewagi gruźlicy płuc nad innemi postaciami tej choroby, uwzględnię tu przeważnie suchoty płucne. A. Newsholme oblicza dla Anglii (2) gruźlicę płuc

*) Odczyt wygotowany na I Zjazd higienistów polskich we Lwowie w dniach 19—22 lipca 1914 r.

na 69%, prof. Nietner zaś dla Prus (24) na 0,9 wszystkich przypadków gruźlicy.

Już Hippokrates zdawał sobie dokładnie sprawę z epidemicznego charakteru gruźlicy płuc. Grimm w dziele: »Aus den Hippokratischen Schriften« na str. 57 przytacza następujące zdanie praojca medycyny: »Największą i najniebezpieczniejszą chorobą, zabijającą największą liczbę ludzi, są suchoty płucne«.

Spustoszenia, szerzone przez omawianą chorobę, ujęła w cyfry pierwsza Szwecya (46). Statystyka szwedzka datuje się jeszcze od r. 1751. Do dziesięciolecia 1871—1880 gruźlica tu stale się zwiększa, od roku zaś 1880 zaczyna, jak wykazuje załączona tablica, powoli spadać (46)*):

Tablica I.

1861—70	1871—80	1881—90	1891—00	1901—10
31	32	30	27	23

Co do największego, a zarazem stołecznego miasta Stockholmu, to w niem gruźlica przebiegała w następujący sposób (46):

Tablica II.

Stockholm:

1801—10	1811—20	1821—30	1861—70
84	87	93	43
1871—80	1881—90	1891—00	1901—10
41	35	29	25

Jak widzimy, w dziesięcioleciu 1821—1830 liczba śmiertelności dochodziła w tem mieście do bardzo wysokiego poziomu, 93; po czterdziestu latach spada do 43.

Cyfry 100 śmiertelności na gruźlicę spotykamy tam, gdzie panują najniepomyślniejsze warunki zdrowotne, np. w więzieniach. Nadto prawie równie wysokie liczby według L. Browna (36) wykazują niektóre wymierające szczepy Indyan Ameryki północnej. Od duńskiego lekarza Dra O. Helmsa, który dłuższy czas spędził w Grenlandyi, posiadam dane, że śmiertelność na gruźlicę płuc wśród tamtejszych Eskimosów wskutek zależnych od surowego klimatu nader ujemnych warunków mieszkaniowych przekracza nawet 100. Liczby nieco niższe, ale trzymające się około 60, przytacza prof. Shibasaburo Kitasato (14) co do japońskiej marynarki i Nowoselsky co do Rosyi (40). Stąd idą najrozmaitsze przejścia aż do zupełnego braku gruźlicy. Według twierdzenia R. Kocha (3) w Afryce środkowej wśród tubylców niema wcale gruźlicy. Tenże uczony podaje, że w niektórych okręgach Australii spotyka się najniższą w tym względzie śmiertelność, dochodzącą do 7, jak również w nielicznych miejscowościach Niemiec, np. w gminie Osterode w powiecie Allenstein.

Z poszczególnych krajów, które zorganizowały u siebie walkę z gruźlicą, odznacza się w r. 1913 najniższą śmiertelnością Anglia właściwa z Walią (29), następnie Prusy (29)**) i Dania (42). Odnośne cyfry wynoszą: 14, 14,85 i 15,45.

Ponieważ nie mogłem dostać odpowiednich danych statystycznych ze wszystkich ważniejszych krajów cywilizowanych z lat ostatnich, podaję więc w celu lepszego zestawienia śmiertelność na ogólną gruźlicę z r. 1908, którą zaczerpnąłem z tablicy Wszechrosyjskiej Ligi przeciwgruźliczej, wystawionej na XI Zjeździe przeciwgruźliczym w Berlinie w r. 1913. Według tej tablicy, ułożonej na podstawie sprawozdań odnośnych państw, śmiertelność od najniższej do najwyższej miały:

Tablica III.

Belgia	13.
Anglia	15,9
Holandya	16,2 (37)
Prusy	15,5 (8)
Włochy	16,6
St. Zjednoczone	17,4
Dania	17,6
Niemcy	17,8
Hiszpania	18,8
Szkocya	19,6
Japonia	19,8
Francya	22,6
Szwajcarya	24,1
Norwegia	24,4
Irlandya	25,8
Szwecya	26,7 (?)
Finlandya	26,8 (41)*)
Austrya	30,1
Rumunia	31,4
Grecya	33,9
Węgry	37,0

Co do Rosyi, to według sprawozdania, wygotowanego dla wspomnianego XI Zjazdu przeciwgruźliczego, śmiertelność na ogólną gruźlicę w r. 1908 w całym kraju dochodziła do nader wysokiej liczby 53,4, w miastach zaś, gdzie statystyka jest pewniejszą, do 31,4 (40).

Nierównie wszakże donioślejsze od przytoczonych cyfr jest przez angielskiego higienistę Farra (3) poraz pierwszy spostrzeżone zjawisko, że śmiertelność z gruźlicy zmniejsza się w Anglii oddawna stale i stopniowo. Z początku przypuszczano, że ten spadek jest błędem statystycznym, że jest czasowym. Ale, gdy przekonano się, że jest stałym, najwybitniejsi higieniści i ftizyologowie nie ustają w badaniu przyczyn tego niezmiernie dla ludzkości ważnego i pocieszającego zjawiska.

Najcharakterystyczniejsze krzywe przebiegu śmiertelności na gruźlicę mają dwa państwa: Prusy i właściwa Anglia. Na gruźlicę umiera obecnie w Niemczech rocznie przeszło 80.000 (24), w Anglii zaś około 55.000 osób (1).

»Wobec takich rozmiarów choroby«, mówi R. Koch (3), »jesteśmy obowiązani zbadać przyczyny spadku gruźlicy, aby przekonać się, czy nie byłoby możebne wpływać na nie z naszej strony i jeżeli to jest możebne, usuwać przeszkody i wedle możności przyspieszać bieg tego spadku«. Możnaby przypuszczać, że śmiertelność na gruźlicę dlatego spada, że ogólna śmiertelność, jak wiadomo, ulega obniżeniu. Jeżeli np. zwrócimy się do statystyki pruskiej (7), to znajdziemy:

Tablica IV.

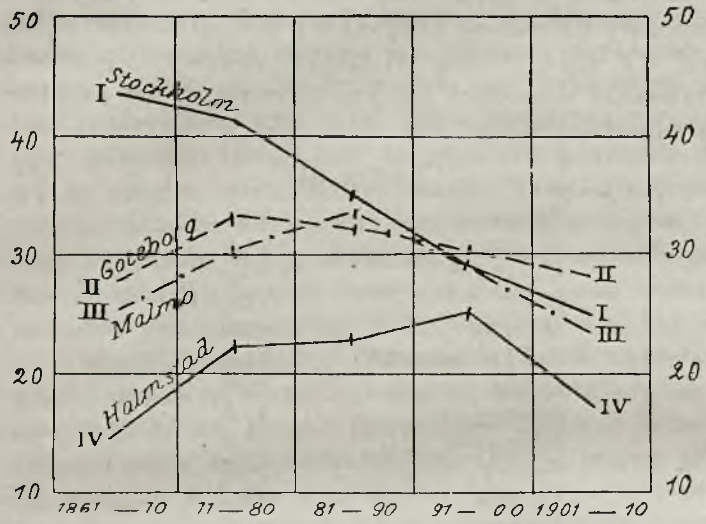
	Ogólna śmiertelność:	Śmiertelność na gruźlicę:
r. 1886	742.733	88.283
r. 1906	673.669	64.549
różnica	69.064	23.724

*) Cyfry podane, jak zarówno wszystkie następujące, są obliczone w stosunku do 10.000.

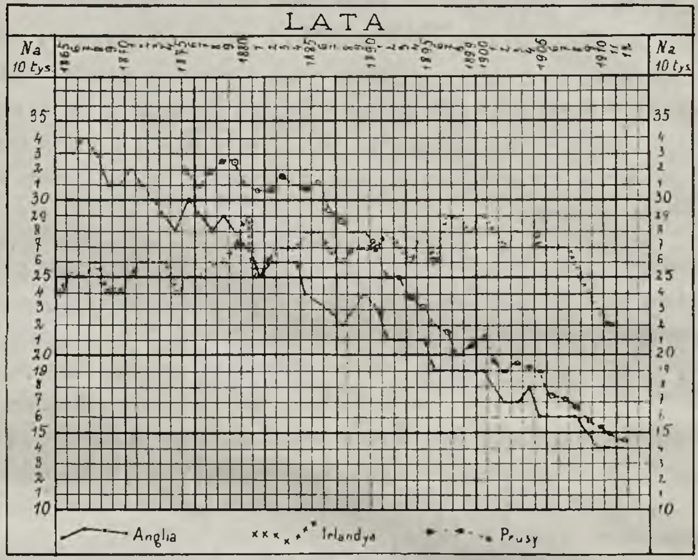
**) W. r. 1913 — 13,59 (48).

*) W okresie 1906—10 i co do gruźlicy płuc.

Tablica V.



Tablica VI.



A więc wówczas, gdy ogólna śmiertelność w Prusach zmniejszyła się o niecałe $^1/_{11}$, to śmiertelność na gruźlicę w przeciągu tegoż czasu prawie o $^1/_4$ część. To samo stwierdza Newsholme co do Anglii, Szkocyi i całego szeregu innych krajów (2) oraz miast. Wyjątek stanowią tylko Irlandya i Norwegia, gdzie w okresie od 1876 do 1903 r. przy spadku ogólnej śmiertelności śmiertelność od gruźlicy wzrosła, zwłaszcza w Norwegii. Widzimy przeto, że spadek śmiertelności z gruźlicy jest niezależny od śmiertelności ogólnej. A zatem na przebieg gruźlicy wpływają czynniki jej tylko właściwe.

Może wszakże powstać inne przypuszczenie, mianowicie, że spadek śmiertelności na gruźlicę zależy od warunków ogólno epidemiologicznych, które właśnie są przyczyną spostrzeganego od niedawna wygasania moru i cholery. Gdyby tak było, to spadek odnośnej śmiertelności musiałby zachodzić wszędzie na kuli ziemskiej. Tak wszakże nie jest. Wprawdzie w przeważającej większości krajów cywilizowanych krzywa śmiertelności stale okazuje dążność do większego lub mniejszego spadku, ale istnieją przecież, choć nieliczne, kraje, gdzie biegnie ona poziomo bez wahań, albo nawet wznosi się. Do takich krajów należy Rosya (39) i Japonia (14), a poniekąd Irlandya (35), Finlandya (41) oraz Norwegia (38).

Naodwrót Anglia, Prusy, Szkocya, Stany Massachusets i New York, oraz Dania mają krzywą stromo opadającą. W innych krajach, jak Austryi, Włoszech, Szwajcaryi i Szwecyi spostrzega się również spadek śmiertelności na gruźlicę, ale nie tak znaczny i nie w tak szybkiem tempie.

Jeżeli od państw przejdziemy do poszczególnych miast, to spostrzeżemy to samo zjawisko. A więc Londyn, Kopenhaga, Hamburg, Edynburg, Boston i New York oraz Berlin mają szybko zstępującą krzywą. Paryż zaś, a zwłaszcza Dublin, mają stosunkowo wysoko położoną krzywą. Wogóle Francya nie ma pomyślnego spadku śmiertelności z gruźlicy. W miastach ponad 5000 ludności, które wyłącznie prowadzą odnośną statystykę, umiera jeszcze rocznie 21,7 na 10.000 ludności*) (47 i 20) i, co ważniejsza, śmiertelność ta w okresie od 1901 do 1906 r. wcale nie okazywała dążności do zmniejszania się (3). Dopiero w ostatniem dziesięcioleciu krzywa zaczęła powoli spadać. Szwedzkie miasta ze Stockholmem na czele wykazują dość duże podobieństwo do francuskich. Podana tu tablica krzywych z czterech miast szwedzkich, zapożyczona z pracy prof. Almquista (46), da pojęcie o stosunkach, panujących pod tym względem w szwedzkich większych ośrodkach skupienia ludności. (Tabl. V.).

*) W r. 1910.

Następna tablica krzywych Anglii, Prus i Irlandyi, sporządzona na podstawie urzędowych danych Local Government Board (angielskiego państwowego urzędu zdrowia), centralnego statystycznego biura Irlandyi (The registrar general of Ireland) i dzieła prof. Kayserlinga (25) daje obraz przebiegu śmiertelności z gruźlicy w wymienionych krajach. (Tabl. VI.).

Wogóle krzywe wyszczególnionych krajów i miast noszą nieraz tak rozmaity, niejednolity charakter, że na podstawie ich można twierdzić, iż nie może być mowy o jakiejś spontanicznej przyczynie spadku gruźlicy.

Według R. Kocha o zmniejszeniu się jadowitości gruźlicy trudno również mówić wobec nagłego spadku śmiertelności, datującego się dopiero od lat 50, gdy do tego czasu gruźlica trapiła ludzkość co najmniej w ciągu dwóch tysięcy lat, nie okazując najmniejszego zwolnienia. Poza tem słabsza jadowitość musiałaby odbić się na przebiegu choroby u poszczególnych dotkniętych nią osobników. Tego nie widzimy wcale. Jeżeli chorego nie poddać odpowiedniemu długiemu leczeniu, to łatwo niestety przekonać się, że choroba utrzymuje w całości swój oddawna znany zabójczy charakter.

Widzimy stąd, że R. Koch nie przyjmuje hypotezy Behringa i Römera o wpływie czynnika uodpornienia na spadek śmiertelności z gruźlicy.

Cóż więc wywołało omawiany spadek?

Niezmiernie trudno z pośród mnóstwa zawiłych czynników, które wpłynęły wogóle na obniżenie śmiertelności, wydzielić te, które specyalnie wywołały zmniejszenie się śmiertelności z gruźlicy. Należy z góry przypuścić, że w tym drugim przypadku albo zmniejsza się ilość zachorowań, albo zwiększa się ilość wyleczeń, albo zachodzi kombinacya tych dwu przyczyn.

Jak z początku zaznaczyłem, nie posiadamy niestety statystyki zachorowań. Musimy o nich wnosić pośrednio

z liczby przypadków śmiertelnych. Prof. B. Fränkel (7), przypuszczając, że życie suchotników trwa średnio około 4 lat i opierając się na stwierdzonym fakcie, że w Prusiech — jak to widać z przytoczonej tablicy VI — spadek krzywej zaczął się od r. 1886, upatruje jedną z przyczyn spadku śmiertelności z gruźlicy w odkryciu prątka gruźliczego przez R. Kocha, dokonanem, jak wiadomo, w r. 1882.

Nie zaprzeczając pewnej wartości temu odkryciu dla walki z gruźlicą, trudno jednak nie zgodzić się z samym odkrywcą, który w swej ostatniej przed śmiercią pracy (3) zaznacza, że w niektórych krajach, np. w Anglii, spadek gruźlicy zaczął się jeszcze w r. 1851, t. j. znacznie wcześniej przed odkryciem prątka. Z tego samego względu nie można uznać za pierwszorzędne czynniki w omawianej sprawie ani wysuwanego przez B. Fränkla ubezpieczenia społecznego od choroby i od niezdolności do pracy, ani też uzdrowisk ludowych. Spadek bowiem gruźlicy, zwłaszcza w Anglii, nastąpił także bez działania wymienionych czynników.

Kilkakrotnie już wyżej wspomniany wybitny statystyk Arthur Newsholme w głębokiej a wyczerpującej pracy (2) analizuje gruntownie wszystkie wysuwane przez rozmaitych badaczy przyczyny spadku gruźlicy i dochodzi do wniosku, który, krótko streszczony, przedstawia się w następujący sposób.

Jak rozwój miast, a zwłaszcza wzrost przemysłu, sprzyjają rozwojowi gruźlicy, tak poprawa warunków bytu i szerokie zarządzenia higieniczno-społeczne powstrzymują bezwątpienia jej siłę niszczycielską. Ale wpływ światła słonecznego, czystego powietrza i kanalizacyi, podniesienie się skali zarobków, spadek cen produktów spożywczych, skala spożywania, wychodźtwo, zresztą dozór nad produktami mlecznymi stanowią tylko pomocnicze czynniki, wpływające na przebieg gruźlicy. Jedynie liczby pauperyzmu, którego dokładną i ścisłą statystykę posiada Zjednoczone Królestwo W. Brytanii (1), pozostają w wyraźnym i prostym stosunku do śmiertelności z gruźlicy.

Główną i podstawową przyczyną spadku gruźlicy jest pomieszczanie w osobnych zakładach roznosicieli zarazy, jakimi są chorzy na gruźlicę, zwłaszcza w posuniętym okresie choroby. W zupełnej zgodzie z R. Kochem, na którego często się powołuje (4 i 5), dowodzi Newsholme skrzętnie a umiejętnie dobranemi liczbami na przykładzie rozmaitych krajów i miast*) ścisłej i bezpośredniej zależności pomiędzy zmniejszaniem się gruźlicy, a ilością zakładów dla oddzielania i leczenia ciężko chorych suchotników. Szczególnie pouczające jest zestawienie W. Brytanii z Irlandyą. Wówczas gdy w Anglii i Szkocyi ubodzy chorzy, podlegający instytucyi opieki nad biednymi, są umieszczani w zamkniętych zakładach, w Irlandyi otrzymują oni wsparcie i nie są obowiązani udawać się do zakładów izolacyjnych, które nadto stale niedomagają na brak miejsc. Irlandzcy przeto ubodzy suchotnicy zostają we własnych mieszkaniach i przez długi czas trwania przewlekłej swej choroby mogą zarażać otoczenie. W Anglii, natomiast, ze wzrostem ilości szpitali dla gruźliczych i usuwania ich z własnych ich mieszkań do zakładów leczniczych, gruźlica coraz bardziej spadała. Zaczęło się to już od r. 1851 (6), gdy Anglia posiadała około 2000 miejsc w szpitalach i trwa dalej ciągle bez przerwy do dni ostatnich, kiedy liczba takich miejsc doszła do 13.600 (32). L. Flick (6) niezbicie na odnośnej krzywej dowodzi zależności spadku śmiertelności od zwiększania się liczby miejsc w szpitalach dla gruźliczych w Anglii.

Zupełnie odwrotnie ma się sprawa w Irlandyi, gdzie krzywa — jak to widać z przytoczonej tablicy VI — aż do 1907 r. szła ciągle w górę. Dopiero gdy księżna Aberdeen, małżonka obecnego wicekróla Irlandyi, przy pomocy zawiązanego przez siebie Towarzystwa kobiet irlandzkich rozpoczęła od kilku lat nader energiczną i owocną działalność w kierunku zakładania szpitali-schronisk dla gruźliczych i oświecania szerokich warstw ludności o istocie choroby i jej niebezpieczeństwie, stosunki zaczęły zmieniać się na lepsze i to odrazu odbiło się na krzywej śmiertelności, która poraz pierwszy po upływie szeregu lat w r. 1907 okazała dążność do spadku (tabl. VI) (35).

Obecny stan zapatrywań naukowych na istotę gruźlicy i drogi jej szerzenia się w zupełności potwierdza hypotezę obu tych koryfeuszów higieny. Większość spółczesnych uczonych przyjmuje, jak wiadomo, że dla powstania gruźlicy niezbędne są dwa czynniki: usposobienie i zarazek swoisty. Gdy pierwszy czynnik jest różnie przez rozmaitych badaczy tłómaczony, to czynnik drugi w postaci prątka gruźliczego jest możliwie dokładnie i ściśle ustalony. Co do znaczenia każdego z tych czynników w powstawaniu i rozwoju choroby niema zgody między badaczami.

Cokolwiekbądź, gdy chodzi o praktyczne względy w walce z gruźlicą, o wiele łatwiej jest zgłębić i przeprowadzić postępowanie wyłącznie przeciwko zakaźnemu charakterowi choroby. Zresztą, jak mówi T. Dunin (27), »gdybyśmy nawet usposobieniu przypisali bardzo wielką rolę, czynnikiem zasadniczym, bez którego nie będzie choroby, jest sam zarazek; przeciwko niemu więc winny być zwrócone główne starania higieny«.

Tu wszakże spotkamy znowu dwa zapatrywania na drogi szerzenia się zarazy. Szkoła niemiecka, jak wiadomo, z R. Kochem na czele, przeważną rolę w roznoszeniu zarazy przypisuje choremu człowiekowi, szkoła zaś anglosaska przeważnie uznaje za równorzędny pod względem niebezpieczeństwa czynnik — bydło rogate, perlicą dotknięte. Pozostawiając przyszłości ścisłe rozstrzygnięcie ilościowej strony tego sporu, przyznać należy, że bądź co bądź chory człowiek jest najniebezpieczniejszym rozsiewaczem zarazy i że na ten czynnik w walce z gruźlicą należy zwrócić najbaczniejszą uwagę, nie zaniedbując naturalnie dozoru nad chorem bydłem.

Gdyby się przeto udało odosobnić wszystkich dotkniętych gruźlicą ludzi: uleczalnych umieszczając w uzdrowiskach aż do ich wyleczenia, nieuleczalnych zaś w oddzielnych szpitalach aż do ich zejścia, to zadanie zwalczenia gruźlicy, jako choroby społecznej, byłoby rozwiązane w większej swojej części. Lekarzom wszakże dobrze wiadomo, jak małą liczbę uleczalnych gruźliczych chorych udaje się doprowadzić do wyleczenia w klinicznem tego słowa znaczeniu. Niektórzy autorzy obliczają tę liczbę na 4% wszystkich leczących się chorych. Reszta, jeżeli wogóle uzyskuje poprawę zdrowia, to tylko w większym lub mniej-

*) Jakoto: Anglii, Szkocyi, Irlandyi, Prus, Francyi, New Yorku, Bostonu, Paryża, Sztokholmu, Berlina i Brukseli.

szym stopniu co do tejże ilości i trwałości. Statystyka większości państw, zwłaszcza Niemiec, za miernik wyników leczenia w uzdrowiskach ludowych przyjmuje trwałość odzyskanej w nich zdolności do pracy. Chodzi tu przeto o czysto gospodarcze, nie zaś o kliniczne i nie o epidemiologiczne — co tu jest najważniejsze — względy. Stwierdzonym bowiem i wiadomym ogólnie jest fakt, że zdolność do pracy u gruźliczych bardzo często nie wyłącza zdolności do szerzeniu zarazy. Co więcej, niekiedy chory zdolny do pracy, ale dotknięty otwartą gruźlicą płuc, będzie rozsiewać zarazki w szerszym nawet zakresie, niż niezdolny do niej, zwłaszcza przykuty do domu i łóżka suchotnik. Ten drugi będzie niebezpieczny dla swego najbliższego otoczenia, gdy pierwszy nadto jeszcze daleko poza własnem mieszkaniem będzie szerzyć chorobę, zwłaszcza wśród spółtowarzyszów pracy.

(Dokończenie nastąpi).

O reinjekcyi surowicy przeciwbłoniczej.

(Dalszy przyczynek na zasadzie spostrzeżeń z praktyki własnej. Odczyt zgłoszony na II Zjazd lekarzy prowincyonalnych Król. Polsk. w Lublinie i na Zjazd higienistów polskich we Lwowie).

Podał

Dr Wincenty Puławski (Radziejów, gub. Warszawska).

I.

W roku 1911, na Zjeździe lekarzy prowincyonalnych w Łodzi, przedstawiłem wyniki, otrzymane ze spostrzeżeń nad 60 przypadkami reinjekcyi surowicy przeciwbłoniczej w ciągu szesnastu lat (1895—1911) praktyki własnej. Obecnie, po upływie lat trzech, podjąłem dalsze opracowanie tegosamego tematu w uznaniu zasady, że tylko jak największa liczba spostrzeżeń, dokonanych w warunkach różnorodnych, daje możność wysnucia wniosków, mających cechy prawdopodobieństwa, najbardziej zbliżonego do istotnego stanu rzeczy. Naturalnie naprzód już zaznaczyć muszę, że względnie niewielka ilość mych osobistych spostrzeżeń, dokonanych w mało dogodnych warunkach prywatnej praktyki małomiasteczkowej i wiejskiej, nie może dawać wyników bezwzględnie rozstrzygających i pewnych. Jednakże stałe i systematyczne spostrzeżenia co do działania surowicy przeciwbłoniczej, dokonywane przez lat dziewiętnaście w jednej i tej samej miejscowości, gdzie skala zmiany osobistego składu najbliższych mieszkańców jest minimalna z powodu nader nikłych fal przypływu i odpływu ludności stałej, dają sposobność śledzenia wielu osobników w ciągu wielu lat kolejnych. Okoliczność ta ułatwia w wysokim stopniu możność spostrzegania zachorzeń wielokrotnych u tegosamego osobnika na różne, lub też tesame choroby zakaźne w ciągu szeregu lat w przerwach czasu bardzo rozmaitych.

Spostrzeżenia nad przypadkami błonicy, leczonej surowicą swoistą, stały się tem ciekawsze od chwili, gdy wyłoniła się obawa przed możliwością występowania po reinjekcyach objawów t. zw. nadwrażliwości, której biologiczna istota polega na uczuleniu (sensibilisatio) danego ustroju na obce dlań gatunkowo białko wstrzykiwanej powtórnie surowicy końskiej, a która ma wiele cech stycznych ze zjawiskiem odporności ustroju. Nadwrażliwość z jednej, a odporność z drugiej strony stały się aktualnemi sprawami medycyny współczesnej. Toteż wszelkie spostrzeżenia, dokonywane w tym kierunku, zarówno doświadczalne, jak i kliniczne, a także pochodzące z praktyki ogólnej, jako życiowo aktualne, nie są pozbawione pewnego znaczenia, choćby nawet były nieliczne, gdyż umożliwiają one wytworzenie sobie pewnej samodzielnej podstawy praktycznej do oceniania skali niebezpieczeństw, mogących grozić choremu. Przez to pozwalają one unormować postępowanie lecznicze, mające dać maximum korzyści dla leczonego chorego przy minimum ujemnych niepożądanych oddziaływań następczych danej metody leczniczej. Mając to wszystko na względzie, podjąłem dalsze opracowanie tematu o działaniu reinjekcyi surowicy przeciwbłoniczej na ustrój leczony również i na Zjazd obecny.

Przedewszystkiem więc przystąpię do krótkiego opisu spostrzeganych przez te trzy lata nowych ośmiu przypadków reinjekcyi, nadmieniając, że, jak i poprzednio, za reinjekcyę uważam ponowne wstrzykiwanie surowicy przeciwbłoniczej, dokonane z powodu ponownego zachorzenia na błonicę nie wcześniej niż po upływie ośmiu tygodni od dokonanego poprzednio. Wszelkie ponowne wstrzykiwania surowicy, dokonane czy to po upływie kilku godzin, kilku dni lub kilku tygodni w okresie ośmiu tygodni, uważam za wstrzyknięcia dodatkowe, pomocnicze, dotyczące jednego i tego samego zachorzenia, mogącego podlegać pogorszeniu po kilkodniowem lub kilkunastodniowem rzekomem poprawieniu się lub złagodnieniu objawów chorobnych. W odczycie łódzkim przedstawiłem ogólne wyniki z 60 spostrzeżeń, zatem nadal wszystkie spostrzeżenia następne oznaczać będę kolejnemi dalszemi liczbami.

W r. 1911, od chwili wygłoszenia odczytu, spostrzegałem jeszcze nowe dwa przypadki reinjekcyi, a mianowicie:

61) Chełm., dziewczyna lat $3^3/_4$, dobrze zbudowana i odżywiona, z powodu objawów dławca błoniczego, trwających dobę, otrzymała podskórnie (wszystkie wstrzyknięcia dokonywane przezemnie, należy rozumieć jako podskórne) 2000 jedn. ochron. w jednej dawce objętości 10 cm sześć. surowicy Palmirskiego ze skutkiem znakomitym i bardzo szybkim w ciągu doby, przy następczych objawach wysypki wielopostaciowej, mieszanej (rash, urticaria), która wystąpiła siódmego dnia po wstrzyknięciu i trwała przez dwie i pół doby. Ta sama dziewczyna w roku poprzednim, 1910, licząc $2^1/_2$ lat, z powodu objawów dławca błoniczego, trwającego drugi dzień, otrzymała 2000 jedn. ochron. tejże surowicy w jednej dawce objętości 10 cm sześć. bez następczych objawów posurowiczych.

62) Bud., chłopiec lat $3^1/_4$, zbudowany i odżywiony średnio, z powodu objawów błonicy gardła i krtani, trwających trzeci dzień, otrzymał 2000 jedn. ochr. w jednej dawce objętości 8 cm sześć. surowicy Palmirskiego ze skutkiem szybkim, doskonałym, bez następczych objawów posurowiczych. Temusamemu chłopcu w roku poprzednim, 1910, liczącemu wówczas lat dwa, z powodu objawów krtaniowych, trwających drugi dzień, wstrzyknąłem 2000 jedn. ochron. w jednej dawce objętości 10 cm sześć. ze skutkiem szybkim i doskonałym, przy następczej pokrzywce, która wystąpiła na siódmy dzień po wstrzyknięciu i trwała do trzeciego dnia z przerwami i ze zmiennem natężeniem, wędrując po powierzchni skóry.

W ciągu roku 1912 spostrzegałem również dwa przypadki, a mianowicie:

63) Andrz., chłopiec lat $13^1/_2$, doskonale zbudowany i odżywiony, z powodu błonicy gardła, trwającej trzeci dzień z obfitymi nalotami w gardle przy powiększonych i stwardniałych gruczołach szyjnych, otrzymał 2000 jedn. ochron. w jednej dawce objętości 8 cm sześć. ze skutkiem znakomitym w ciągu dni czterech. Siódmego dnia po wstrzyknięciu wystąpiła pokrzywka, dość obfita, wędrująca po powierzchni skóry, trwająca niecałe dwie doby. Chłopiec ten w roku 1890, mając wówczas niecały rok życia, otrzymał z powodu objawów błonicy gardła i krtani, trwających drugi dzień, 2000 jedn. ochron. w jednej dawce objętości 20 cm sześć. ze skutkiem znakomitym w ciągu trzech dni. Objawy pokrzywkowe posurowicze wystąpiły zrana ósmego dnia po wstrzyknięciu i trwały do późnego wieczora dnia następnego; pokrzywka była nader obfita, swędząca i wędrująca po powierzchni skóry.

64) Przypadek ten, jako odstępujący od zwykłej normy schematycznej, pozwolę sobie opisać nieco obszerniej: P. W., chłopiec, lat $4^1/_2$, chory siódmy dzień, przeszedł błonicze zapalenie gardła wraz z nieżytem dróg oddechowych i nosa. Od trzech dni bardzo powoli i stopniowo zaczęły występować objawy krtaniowe: suchy kaszel z odcieniem krupowym, stopniowo wzmagający się; głos ochrypł, stał się bezdźwięczny, potem nastąpił zupełny bezgłos. Przy badaniu znalazłem, co następuje: Chłopiec dosyć delikatny, wątły i niedokrwisty, blady, średnio odżywiony. Ciepłota 38,5°; tętno 150 na minutę, drobne, nikłe, słabo napełnione. Oddech przyspieszony do 36 na minutę, powierzchowny, świszczący, przerywany częstym, szczekającym, charakterystycznie krupowym kaszlem, bardzo bolesnym i wywołującym chwilowe zaduszanie się. Przy oddechu zauważyć można wydatny udział skrzydeł nosa, mięśni obojczykowo-mostkowo-sutkowych, oraz wydatne wciąganie nadbrzusza i międzyżebrzy. Chłopiec ten w r. 1909, mając wówczas $1^1/_2$ roku życia, zapadł na błonicę gardła, przyczem niezwłocznie udano się do jednego z najbliższych lekarzy po stronie pruskiej, który zastosował podskórnie 2000 jedn. ochron. w objętości 8 cm sześć. niemieckiej surowicy 250-krotnej z Höchst z jak najlepszym skutkiem do dnia trzeciego. Na ósmy dzień potem zjawiła się umiarkowana pokrzywka, która po upływie doby znikła. Z innych chorób miał chłopiec przed rokiem przechodzić krwawą biegunkę o średniem natężeniu w ciągu dwóch tygodni. Wobec groźnego stanu dość wątłego dziecka zastosowałem w dniu badania 2000 jednostek ochron. surowicy Palmirskiego w objętości 8 cm sześć. i dawkę tę nazajutrz (ósmy dzień choroby) powtórzyłem. Wobec zupełnego braku poprawy, tegoż dnia wieczorem i nazajutrz rano (dziewiąty dzień choroby), przy oddechu 45 na minutę, o charakterze powyżej opisanym, tętnie 180 na minutę, nitkowanem i trudno wymacalnem, oraz ciepłocie 39,0°, wstrzyknąłem jeszcze po 2000 jedn. ochron. tejże surowicy w objętości za każdym razem po 8 cm sześć. Razem więc w ciągu 36 godzin chłopiec otrzymał 8000 jedn. ochron. w objętości 32 cm sześć. w 4 dawkach. Dopiero po upływie doby po czwartem wstrzyknięciu, czyli w 60 godzin po pierwszem, można było dostrzedz pewne zmniejszenie się objawów krupowych: oddech nieco swobodniejszy do 28 na minutę, nie tak świszczący, z mniejszym udziałem dodatkowych mm. oddechowych. Kaszel cokolwiek zmiękł, stał się mniej bolesny, rzadszy, z wydzieliną śluzowo-błoniastą, nieco ropną. Ciepłota spadła do 37·4°; tętno do 126, mocniejsze, lepiej napełnione. Miejscowo w gardle zaczerwienienie ogólne, bardzo silne, bez zmiany, bez śladu nalotów błoniczych; gruczoły podszczękowe i szyjne, przedtem powiększone i stwardniałe, zmniejszyły się i zmiękły. Odtąd stopniowe, dość szybkie zdrowienie. W końcu czwartej doby po pierwszem wstrzyknięciu zaczęły występować pojedyncze, rzadkie pokrzywkowe plamy, lekko swędzące i niebolesne. Pojawiały się one w różnych miejscach skóry przez trzy doby, zawsze w małej liczbie i w postaci rzadko rozrzuconej pokrzywki. Na trzeci dzień po zupełnem zniknięciu pokrzywki, a zatem ósmego dnia po pierwszem wstrzyknięciu, zaczęły występować bóle w mięśniach kończyn, zwłaszcza dolnych, głównie w udach. Przy spokojnem leżeniu bóle te prawie nie dawały się odczuwać; natomiast przy poruszaniu nogami lub przy dotykaniu mięśni uda ręką z pewnym uciskiem, chłopiec dość żywo oddziaływał krzywieniem się i narzekaniem na ból w miejscu uciskanem. Trzeciego dnia od chwili zjawienia się bóle te, bez żadnych zgoła zabiegów, zaczęły zmniejszać się, aby następnego dnia zniknąć zupełnie. Wogóle przy spokojnem leżeniu chłopiec bólów wcale nie odczuwał. Ciepłota ciała przez cały ten czas była prawidłowa, nie przewyższająca 37·2°; w moczu białka zupełnie nie było. Ze względów ostrożności pozwoliłem chłopcu wstać z łóżka dopiero po upływie $2^1/_2$ tygodni po pierwszem wstrzyknięciu; chodził pewnie i swobodnie. Do chwili obecnej żadnych następczych objawów chorobowych nie było; chłopiec widocznie jest o wiele zdrowszy, niż bywał poprzednio, na co wskazują zdrowsza cera i większe ożywienie, oraz szybszy wzrost i systematyczne przybywanie wagi.

W czasie zdrowienia zachorowała matka chłopca, licząca 28 lat wieku, na błonicę gardła, głównie po stronie prawej, z obfitym nalotem i gruczołami silnie powiększonymi i stwardniałymi, przy ciepłocie 38·9° i tętnie 120 na minutę. Trzeciego dnia choroby wstrzyknąłem 2000 jedn. ochron. objętości 10 cm sześć. Nazajutrz ku wieczorowi znakomita poprawa, a po upływie następnych dni pięciu zupełne wyzdrowienie bez następczych objawów posurowiczych; przez tydzień był wyciek surowiczy z prawego ucha. Prócz surowicy nie stosowano nic innego; miejscowo płukanie rozczynem kwasu borowego.

W tej samej rodzinie w trzy tygodnie po matce zachorował młodszy synek, $2^1/_4$ lat liczący, na błonicę gardła, głównie po stronie lewej, przy nalocie umiarkowanym i gruczołach zlekka powiększonych i stwardniałych. Niezwłocznie po zawezwaniu mnie na drugi dzień choroby, zastosowałem 2000 jedn. ochron. w jednej dawce objętości 10 cm sześć. ze skutkiem znakomitym i nader szybkim, gdyż wyzdrowienie nastąpiło już czwartego dnia bez żadnych zgoła następczych objawów posurowiczych.

Wahania się w ilości rocznej spostrzeganych przypadków są, jak zwykle w prywatnej praktyce ogólnej, nader różne. Tak, gdy w roku ubiegłym, 1913, wobec 19 wszystkich przypadków błonicy, leczonych surowicą, przypadków reinjekcyi nie było wcale, to w roku bieżącym 1914, do chwili obecnej spostrzegałem już 18 przypadków błonicy gardła i krtani, leczonych surowicą, a wśród nich cztery przypadki reinjekcyi, a mianowicie:

65) Mar., chłopiec $4^1/_2$-letni, średniej budowy i odżywienia, chory trzeci dzień przy objawach obustronnej błonicy gardła z niewielkimi, szarawo-żółtymi nalotami, przy gruczołach twardych, umiarkowanie powiększonych. Początkowe objawy krupowe od 12 godzin. Wstrzyknąłem 2000 jedn. ochron. surowicy Warszaw. Tow. naukowego w jednej dawce objętości 6·8 cm sześć. ze skutkiem jaknajlepszym w ciągu dni trzech bez objawów następczej wysypki posurowiczej. Tensam chłopiec w roku 1910, mając wówczas pół roku, z powodu objawów błonicy gardła, trwających pierwszą dobę, otrzymał 1000 jedn. ochron. surowicy Palmirskiego w objętości 6 cm sześć. ze skutkiem doskonałym w ciągu 48 godzin bez żadnych następczych objawów posurowiczych.

66) Woźn., chłopiec lat $5^1/_2$, wątłej budowy i upośledzonego odżywienia, na drugi dzień choroby przy objawach obustronnej błonicy gardła, gruczołach twardych, średnich, otrzymał 2000 jedn. ochron. surowicy Warsz. Tow. nauk. w jednej dawce objętości 6·8 cm sześć. ze skutkiem szybkim i doskonałym w ciągu 48 godzin, bez żadnych następczych objawów posurowiczych. Ten sam chłopiec w r. 1911, mając lat $2^1/_2$, z powodu objawów błonicy gardła, trwają-

L. p.	Płeć	Rodzina	I.					
			Rok wstrzyknięcia	Wiek w latach	Objawy chorobowe	Ilość surowicy przeciwbłoniczej	Ilość dawek	Objawy posurowicze
61.	Z.	Chełm.,	1910	$2^1/_2$	Laryngitis crouposa	2000 jedn. ochron. = 10 cm^3	1	○
62.	M.	Budn.,	1910	$2^1/_4$	Laryngitis crouposa	2000 jedn. ochron. = 10 cm^3	1	Urticaria na 7—9 dzień
63.	M.	Andrzej.,	1899	1	Angina diphth. Laryngitis crouposa incipiens	2000 jedn. ochron. = 20 cm^3	1	Urticaria obfita na 8—9 dzień
64.	M.	Wojciech.,	1909	$1^1/_2$	Angina diphtheritica incipiens	2000 jedn. ochron. = 8 cm^3	1	Urticaria na 8—9 dzień
65.	M.	Marcin.,	1910	$^1/_3$	Angina diphtheritica incipiens	1000 jedn. ochron. = 6 cm^3	1	○
66.	M.	Woźn.,	1911	$2^1/_2$	Angina diphth. Laryngitis crouposa incipiens	2000 jedn. ochron = 10 cm^3	1	Urticaria na 8—9 dzień
67.	M.	Kaczm.,	1913	$^3/_4$	Angina diphtheritica	2000 jedn. ochron. = 10 cm^3	1	○
68.	M.	Lamb.	1909	$1^1/_2$	Angina diphth. Laryngitis crouposa	3000 jedn. ochron. = 15 cm^3	1	Rash, urticaria, sudamina (?) na 7—9 dzień

Tablica I.

II.						III.					
Rok wstrzyknięcia	Wiek w latach	Objawy chorobowe	Ilość surowicy przeciwbłoniczej	Ilość dawek	Objawy posurowicze	Rok wstrzyknięcia	Wiek w latach	Objawy chorobowe	Ilość surowicy przeciwbłoniczej	Ilość dawek	Objawy posurowicze
1911	$3^{3}/_{4}$	Laryngitis crouposa	2000 jedn. ochron. = 10 cm^3	1	Rash, urticaria na 7—9 dzień						
1911	$3^{1}/_{4}$	Angina diphtheritica. Laryngitis crouposa	2000 jedn. ochron. = 8 cm^3	1	○						
1912	$13^{1}/_{2}$	Angina diphtheritica	2000 jedn. ochron. = 8 cm^3	1	Urticaria na 7—9 dzień						
1912	$4^{1}/_{2}$	Angina diphtheritica. Laryngitis crouposa	8000 jedn. ochron. = 32 cm^3	4	Słaba urticaria na 4—6 dzień Myalgia na 8—10 dzień						
1914	$4^{1}/_{4}$	Angina diphth. Laryngitis crouposa incipiens	2000 jedn. ochron. = 6,8 cm^3	1	○						
1914	$5^{1}/_{2}$	Angina diphtheritica	2000 jedn. ochron. = 6.8 cm^3	1	○						
1914	2	Angina diphth. Laryngitis crouposa incipiens	2000 jedn. ochron. = 6.8 cm^3	1	○						
1912	$4^{1}/_{2}$	Laryngitis crouposa	6000 jedn. ochron. = 12 cm^3	1	○	1914	$6^{1}/_{2}$	Angina diphtheritica	2000 jedn. ochron. = 6,8 cm^3	1	○

cych trzy dni, i objawów krtaniowych od 24 godzin, otrzymał 2000 jedn. ochron. surowicy Palmirskiego w jednej dawce objętości 10 cm sześć. ze skutkiem dodatnim nader szybkim przy objawach pokrzywki posurowiczej na 8. i 9. dzień po wstrzyknięciu, umiarkowanej co do ilości i natężenia.

67) Kaczm., chłopiec lat 2, wątłej budowy i lichego odżywienia, przy objawach błonicy gardła od 2 dni i objawach krtaniowych od 12 godzin, wobec obustronnych nalotów, umiarkowanej wielkości, i gruczołów twardych, nieco powiększonych, otrzymał 2000 jedn. ochron. surowicy Warsz. Tow. nauk. w jednej dawce objętości 6·8 cm sześć. ze skutkiem jak najlepszym w ciągu 48 godzin bez żadnych następczych objawów posurowiczych. Tensam chłopiec w roku ubiegłym, 1913, mając trzy kwartały, z powodu objawów błonicy gardła, trwających cztery dni, przy obfitych obustronnych nalotach i wobec gruczołów dużych i twardych, otrzymał 2000 jedn. ochron. surowicy Palmirskiego w jednej dawce objętości 10 cm sześć. ze skutkiem dodatnim nader szybkim, bez żadnych następczych objawów posurowiczych.

68) Lamb., chłopiec lat $6^1/_2$, dobrze zbudowany i odżywiony, z powodu błonicy gardła, trwającej drugi dzień przy obustronnych nalotach niezbyt wielkich i przy stwardniałych i powiększonych gruczołach, otrzymał 2000 jedn. ochron. surowicy Warsz. Tow. nauk. w jednej dawce objętości 6·8 cm sześć. ze skutkiem szybkim dodatnim bez następczych objawów posurowiczych. Temusamemu chłopcu, w r. 1912, mającemu wówczas $4^1/_2$ lat, z powodu silnego krupu, trwającego trzy dni, wstrzyknięto (w Toruniu) 6000 jedn. ochron. 500-krotnej surowicy z Höchst w objętości 12 cm sześć. w 2 dawkach w ciągu doby ze skutkiem szybkim i bardzo dobrym bez następczych objawów objawów posurowiczych. Również w roku 1900, gdy chłopiec miał $1^1/_2$ roku, z powodu objawów błonicy gardła i krtani, trwającej przez 4 dni, wstrzyknięto mu poraz pierwszy 3000 jedn. ochron. surowicy Aronsona 250-krotnej w jednej dawce objętości 12 cm sześć. ze skutkiem szybkim i doskonałym, przy bardzo silnych objawach wysypki wielopostaciowej, mieszanej (rash, urticaria, sudamina), która wystąpiła siódmego dnia po wstrzyknięciu i trwała do jedenastego z przerwami, wędrując po powierzchni skóry.

(C. d. n.).

Młynówka królewska w Krakowie.

Napisał

inż. Andrzej Kłeczek

starszy radca budownictwa miejskiego w Krakowie.

Położenie. Wyprowadzona z dzikiego koryta Rudawy w Mydlnikach, jako koryto robocze, przekracza młynówka gminę Bronowice, Łobzów i granicą Nowej Wsi (nowa dzielnica XV) i Krowodrzy (nowa dzielnica XVII) wkracza na terytoryum starego miasta przy ulicy Łobzowskiej, płynie przez podwórza realności położonych przy tej ulicy, przez blok między ulicą Garbarską a Dunajewskiego, przekracza Karmelicką, blokiem Karmelicka-Krupnicza-Rajska zdąża do ulicy Krupniczej i wpada tutaj do kanału w ulicy Garncarskiej, a stąd do zasklepionego koryta starej Rudawy na Retoryce, którem uchodzi na razie do Wisły przy ulicy Zwierzynieckiej — przelewem burzowym Nr 2. Po ukończeniu budowy lewobrzeżnego kolektora krakowskiego, kinetą jego zdążać będzie młynówka wraz z odciekami brudnymi z miasta aż do Dąbia, gdzie poniżej przyszłego jazu km. 81 Wisły wpadnie do tejże rzeki (rysunek Nr 1). W granicach starego miasta tworzyła młynówka z dawien dawna dwa młyny, jeden przy końcu ulicy Łobzowskiej (Górne młyny), drugi przy końcu Krupniczej (Dolne młyny).

Spad i objętość wody. Koryto to wypływa ze spiętrzonej jazem Rudawy w Mydlnikach na wysokości 212.230 p. p. m.

Dopuszczalne z. w. wody (próg OO. Zmartwychwstańców) w ulicy Łobzowskiej przed Górnymi młynami wynosi 209.866.

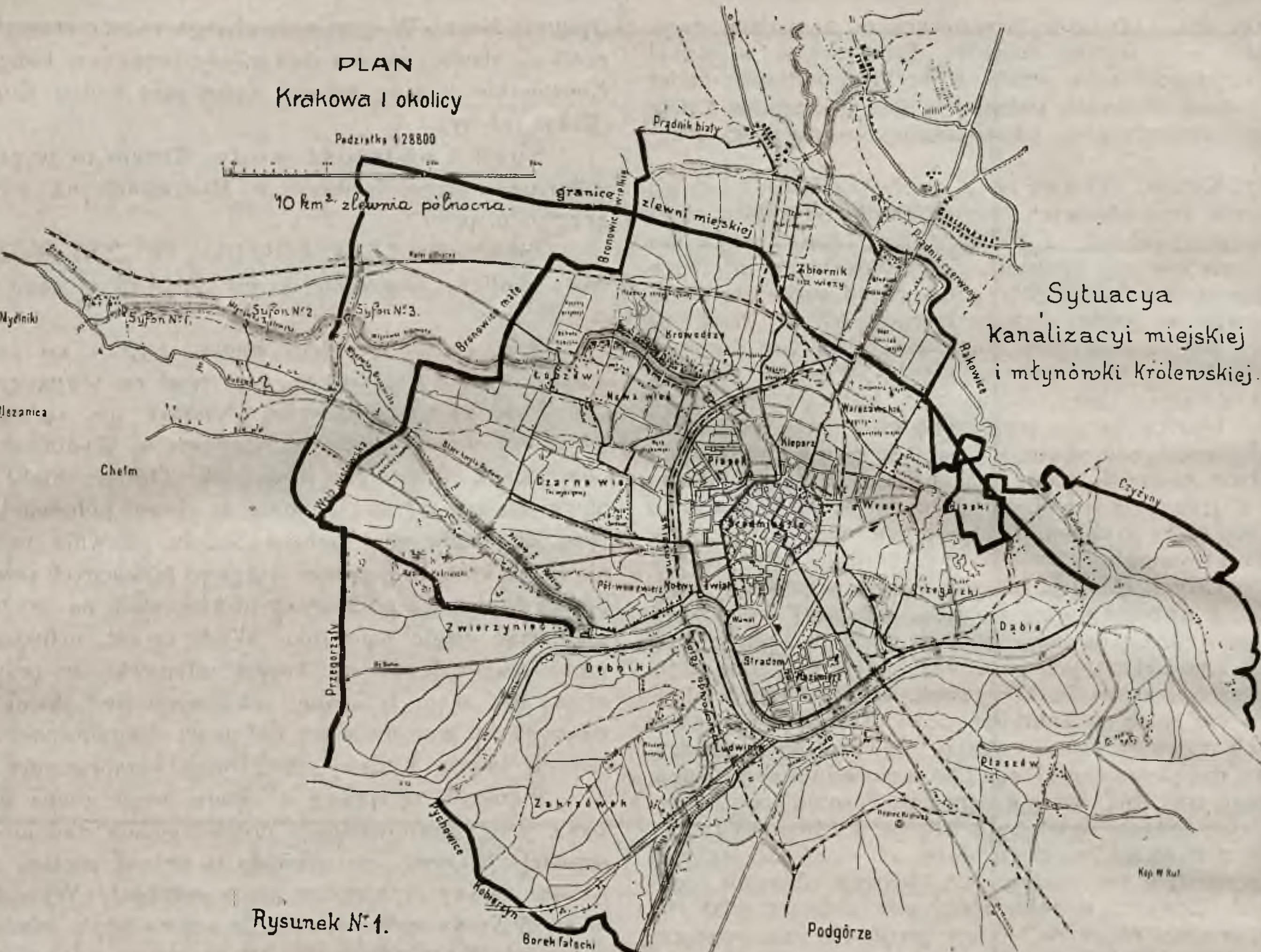
Spad całkowity zatem wynosi 2·37 m., co przy długości koryta 8 km. 650 m. daje spad na 1 km. 27 cm.

Ilość wody płynącej w młynówce jest zmienna, zależnie od stanów wody na Rudawie w Mydlnikach, średnio jednak wynosi 700 litrów sek. Oprócz wody z Rudawy zabiera młynówka wody ze zlewni północnej, sięgającej do działu wód potoku Sudołu. Zlewnia ta wynosi około 10 km². Ujmowanie tych wód północnych przez młynówkę królewską oddziaływa niekorzystnie na jej łożysko, podnosząc ciągle jego dno. Wody te też, uchodzące rowami przydrożnymi do koryta młynówki, w przyszłości muszą być ujęte syfonami, założonymi pod dnem koryta młynówki i wprowadzone do nowo uregulowanego naturalnego koryta Rudawy, do którego bezsprzecznie należą.

Poruszyła tę sprawę w swoim czasie gmina m. Krakowa przy prawnowodnych dochodzeniach nad projektem regulacyi Rudawy, nie odniosło to jednak skutku, bo dotyczące ustawy tych spraw nie przewidziały. Wywołana jednak dyskusya spowodowała, że odpowiednie władze centralne, jak Wydział krajowy i Ministerstwo robót publicznych oświadczyły, że przyjdą tej sprawie z należną pomocą, skoro będzie zawiązana spółka wodna dla regulacyi tego potoku publicznego, jakim jest młynówka królewska.

Służebności i prawa wodne. Młynówka królewska jest korytem roboczem. 1) W Bronowicach wydaje ze siebie 300 l/s i porusza tak zwany młyn Baczyńskiego. 2) Osobną rurą zaopatruje w sezonie zimowym ślizgawkę w szkole kadeckiej. 3) Tamże w lecie zaopatruje pływalnię. 4) Wydaje ze siebie na przestrzeni zachodnich terytoryów Krakowa, t. j. w Łobzowie i Nowej Wsi, szereg płukadeł, które stanowią właściwie dla tych dzielnic dzisiaj kanalizacyę powierzchowną. 5) W Krowodrzy tworzy jeszcze dwa poidła. 6) Zaopatruje stawy Karmelitanek bosych przy ulicy Łobzowskiej. 7) Zaopatruje pływalnię i staw w Parku krakowskim. 8) Poruszała w swoim biegu przez stare miasto zniesione Górne i Dolne młyny. 9) Była i jeszcze jest do dziś w starem mieście powierzchownym kolektorem dla wszelkich odpływów z realności, położonych nad jej korytem.

Regulacya potoku i znaczenie jego sanitarne dla miasta. Młynówka królewska w granicach starego terytoryum miasta, t. j. na przestrzeni od wału zniesionej obecnie kolei obwodowej aż do ujścia do kanału w ulicy Garncarskiej, w swoim czasie nie zregulowana i nie zużytkowana z zastosowaniem się do rozbudowujących się dzielnic między plantami i koleją obwodową, przechodząc dzisiaj przeważnie na całej przestrzeni przez podwórza realności i przez bloki zabudowane, nie może być nadal w tym stanie utrzymana, bo przyjmując nieczystości kloaczne i odpływy brudne z realności, stanowi



Rysunek №1.

w mieście tylko czynnik wysoce niesanitarny, a choćby nawet uwolniona została z tych służebności niesanitarnych, to kierunek jej biegu nie da się już tak zmienić, aby przechodząc przez ulice mogła stać się ze swem zwierciadłem wody czynnikiem miasto zdobiącym, zatem bez żadnej dyskusyi musi być ta młynówka z miasta usunięta.

Dała też temu Rada miejska krakowska wyraz, przy sposobności wykupna praw wodnych Górnych i Dolnych młynów, przez uchwałę usunięcia tego koryta z granic starego miasta.

Sprawa regulacyi młynówki królewskiej w granicach nowych przyłączonych zachodnich terytoryów wystąpiła zaczepnie przy sprawie projektu rozszerzenia miasta na te nowe terytorya i przy projekcie odwodnienia tych dzielnic. Sprawa cała skrystalizowała się około pytania, czy strumień wody ma być przerwany na granicach Wielkiego Krakowa, czy też na granicy starego miasta, czyli innemi słowy, czy strumień ten ma być utrzymany na terytoryum dzielnic zachodnich, czy nie. Po rozpoznaniu sprawy na podstawie opinii miejskiej komisyi sanitarnej doszła Rada miejska krakowska do przekonania, że strumień ten należy zostawić otwartym na przestrzeni terytoryów zachodnich i tak go ukształtować, by nigdy dla tych dzielnic nie stał się tem, czem się stał dla starego miasta.

Projekt sam przedstawia się zasadniczo następująco:

Stopień, istniejący przy Górnych młynach przy ulicy Łobzowskiej, przenosi projekt wstecz poza zniesioną kolej obwodową na grunta pofortyfikacyjne i tam zapomocą odpowiednich urządzeń wprowadza wodę z młynówki królewskiej do starego kanału w ulicy Piotra Michałowskiego i Żabiej. Pojemność tego kanału, uwolnionego całkiem z połączeń domowych, wystarcza na przeprowadzenie 2600 l/s, które się składają z objętości do 1000 l/s z młynówki królewskiej i około 1600 l/s ze zlewni dzielnicy XVII. »Krowodrza«, a to do czasu jej skanalizowania i przeprowadzenia pod jej dno poszczególnych kanałów, idących z północy ku kolektorowi około parku Jordana.

Przy stopniu trzymetrowym zakłada projekt turbinę, a woda z młynówki jest w stanie podnieść od 19 l/s do 36 l/s na wysokość około 30 m. do zbiornika na wieży, umieszczonego w północnej części miasta.

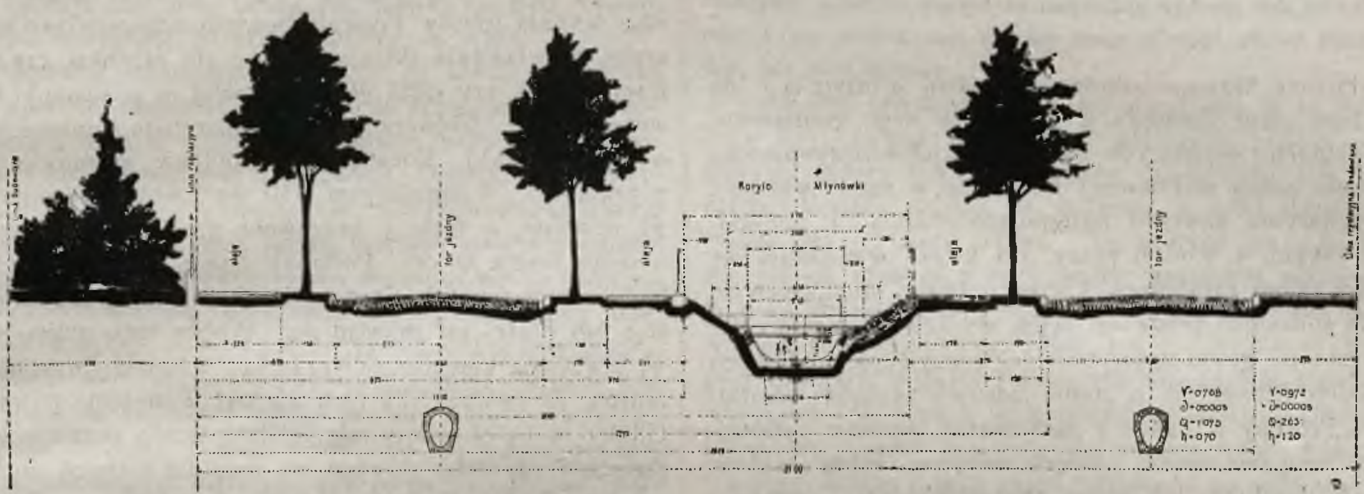
Powyżej stopnia młynówka jest prowadzona w projekcie w otwarty sposób według przedstawionego profilu poprzecznego (rys. Nr 2).

Kanały w obustronnych ulicach ujmują wszelkie wody kloaczne i gospodarcze z przyległych realności w dzielnicy XV. »Nowa Wieś«. Zbiornik na wieży w okolicy dworca zestawczego ujmie rurami północne szczyty kanałów miejskich. Kanalizacyę w części dzielnicy XVII. »Łobzów«, całej dzielnicy XV. »Nowa Wieś« i całej dzielnicy XIV. »Czarna Wieś«, położonych na południe od koryta młynówki, obejmie i zaopatrzy wprost woda z otwartego koryta.

Skoro uchwalona tego roku przez Sejm krajowy ustawa kanałowa otrzyma sankcyę cesarską i dopełni zwolnienia koryta młynówki królewskiej od służebności realności nad nią położonych, może i z niejakim nakładem gminy m. Krakowa, będzie mógł być projekt zrealizowany i za-

PROFIL POPRZECZNY ULICY NAD MŁYNÓWKĄ

Rysunek Nr 2. PODZIAŁKA 1:50



rząd miasta usunie koryto młynówki z miasta starego i raz tę sprawę, wysoce niesanitarną i szkodliwą zdrowiu mieszkańców, zakończy.

Oprócz zużytkowania wody młynówki do płukania kanalizacyi miejskiej dopływ około 700 l/s wody prawie do centrum przyszłego rozbudowanego miasta na poziomie około 211·00 może mieć dla gospodarstwa miejskiego jeszcze wielkie znaczenie w sprawie czyszczenia ulic, zaoszczędzenia wody w gospodarce wodociągowej, dla regulacyi miasta, jako czynnik zdobiący, mogąc z siebie wytwarzać stawy, strumienie zdobne i fontanny, zaś jako czynnik użyteczny, — ślizgawki, łaźnie, pływalnie itp.

Zaznaczyć mi i to należy, że objawia się opinia, która żąda całkowitego usunięcia tego potoku z granic rozszerzonego Krakowa. Otóż podnieść muszę, co następuje:

W rozbudowaniu nowoczesnych miast woda, i to z dzikiej rzeki, odgrywa tak doniosłą rolę, że usuwanie tejże wody z granic miasta jest uważane za wysoce szkodliwe dla gospodarstwa miejskiego. (Dowodem tego jest Stara Wisła, któraby dzisiaj stała się pierwszorzędnym portem dla Krakowa) Im ten strumień dalej się wprowadzi w miasto na pewnej danej wysokości, tem wszelkie zużytkowanie tej wody dla gospodarstwa miejskiego będzie bez wszelkiej wątpliwości tańsze, im zaś dalej się go odsunie razem z jego wysokością, tem zużytkowanie jego będzie droższe, bo kryte przewody, rozprowadzające wodę do miasta, będą dłuższe.

Płukanie kanalizacyi w dzielnicach XV., XVI. i XVII. na przestrzeni między młynówką, a Aleją 3-go Maja około parku Jordana wymagać będzie jednorazowych wkładów na założenie kilku zasuw przy młynówce i bez żadnych dalszych kosztów woda grawitacyjnie i stale może być rozprowadzona po kanalizacyi na obszarze około 4 km² przyszłego miasta. Kanalizacya w ogólności w całem mieście, której dno będzie leżeć niżej poziomu 211·00, będzie obsługiwana wodą grawitacyjnie, a koszt rur rozprowadzających wodę będzie o wiele mniejszy, bo rury będą o wiele krótsze, niż rury od przerwanego strumienia na granicy W. Krakowa, odległość bowiem tych dwóch punktów wynosi 2 km.

Dno koryta otwartego, wykonane z betonu i odpowiednio uszczelnione wyprawą, lub nawet wykonane w ziemi, a uszczelnione warstwą iłową i mające obok dwa równoległe kanały w ulicach z drenami, nie budzi żadnych obaw, aby woda miała zawilgacać niżej położone tereny.

Dzisiejszy stan podmokły dzielnic zachodnich »Nowej Wsi« i »Czarnej Wsi« pochodzi od wód gruntowych, które przesycają spodnie szutrowiska wiślane w dzisiejszej dolinie opuszczonej Rudawy, woda zaś młynówki niema na to wpływu, zwierciadło bowiem jej nie stoi w żadnym związku ze zwierciadłem tych wód gruntowych, co zresztą stwierdzono wierceniami.

Gmina m. Krakowa nie zamyśla odrazu przystąpić do zregulowania całego koryta młynówki na przestrzeni terytoryów zachodnich, nie wymaga tego bowiem dzisiejszy stan zabudowania tamtych dzielnic; odbywać się to będzie stopniowo wraz z rozbudowującem się miastem, dlatego jakichś większych wydatków obawiać się nie należy.

Pozostawiając koryto otwarte na przestrzeni nowych terytoryów, czyni się zadość serwitutom Szkoły kadeckiej i wogólności serwitutom gmin przyległych (płukadła), dla którychby się musiało wykonać zastępcze budowle, bo dziś jeszcze wątpić należy, czy i o ile dałoby się je znieść przy dzisiejszym stanie gospodarstwa tych dzielnic.

Co do samego ukształtowania profilu poprzecznego, to niema najmniejszej wątpliwości, że lepszy byłby profil, pozostawiający koryto w stanie nieregularnym z dzisiejszą dziką trasą potoku, a grupujący około siebie szersze obszary, mające się zadrzewić. Profil taki utworzyłby bowiem około potoku pas plantacyjny, pożądany bardzo ze względów sanitarnych w rozbudowującem się mieście. Sprawa to jednak wcale nie przesądzona, oprze się bowiem — jak zwykle — ostatecznie o koszta, w których nietylko weźmie udział gmina, ale zarówno właściciele przyległych gruntów.

Praca zarobkowa młodzieży szkół średnich podczas wakacyi

napisał

Władysław Probulski,

profesor gimnazyum we Lwowie.

»Polskie Muzeum szkolne« rozesłało w lutym b. r. do wszystkich szkół średnich w Galicyi, a więc gimnazyów, szkół realnych i seminaryów nauczycielskich kwestyonaryusz w sprawie pracy zarobkowej młodzieży w czasie wakacyi. Kwestyonaryusz zawierał następujące pytania: 1. Miejscowość i zakład. 2. Rodzaj pracy, do której wynajmuje się młodzież celem zarobku. 3. Liczba uczniów, oddających się danemu rodzajowi pracy. 4. Wiek uczniów. 5. Spostrzeżenia dyrektora, grona nauczycielskiego, względnie fachowych nauczycieli gimnastyki o stanie zdrowia uczniów robotników. 6. Postępy w nauce i zachowaniu uczniów robotników. 7. Stan zamożności i zajęcie rodziców tychże uczniów. 8. Uwagi dyrektora lub grona nauczycielskiego o wartości zajęć zarobkowych.

Odpowiedzi nadeszły od dyrekcyi 70 zakładów. Prócz tego dyrekcye seminaryum męskiego w Starym Sączu i VIII gimnazyum we Lwowie przysłały odpowiedzi uczniów na kwestyonaryusz, ułożony przez grono nauczycielskie obu wspomnianych szkół w sprawie, o jakiej mowa. Referat mój oparłem na tych dwu źródłach.

Uczniów zarobkujących w czasie wakacyi 1913 roku było około 3500. Ze szczegółowego wykazu widać, że liczba uczniów, oddających się pracy zarobkowej, jest procentowo w małych i średnich miastach większa, aniżeli w obu stolicach. We Lwowie i Krakowie dochodzi średnio do 7%, kiedy na prowincyi często się spotyka procent większy od 10. Pod tym względem można zauważyć i pewne anomalie. W Przemyślu n. p. są 3 gimnazya, 2 polskie i jedno ruskie. W I. gimnazyum polskiem niema uczniów zarobkujących, w gimnazyum ruskiem jest ich 10 (1%), zato w gimnazyum II. polskiem 91 (37%). Najwyższy procent zarobkujących spotykamy w seminaryach; w seminaryum tarnowskiem zarobkuje 72% ogółu młodzieży. Liczba 3500 jest sama przez się wcale pokaźną, a jej wielkość zadziwi każdego, jeżeli pamiętać będziemy, że miniony rok był rokiem stagnacyi finansowej, skutkiem której zamknięto wiele warsztatów pracy.

Wiek uczniów zarobkujących waha się między 11. a 20. rokiem życia, w większości przypadków zaczyna rok 14, kończy 19. Odpowiedzi przeważnie podają dolną i górną granicę wieku, trzynaście z nich wymienia dokładnie, ilu i w jakim wieku chłopców zarobkuje. Z tych 13 odpowiedzi można wyczytać, co następuje: Liczba uczniów zarobkujących rośnie z wiekiem, maximum osiąga rok 16. Rok 17. i 18. dostarcza jeszcze znacznej liczby robotników, ale już przy 19. r. ż. rozpoczyna się wyraźny spadek. Główny kontyngent zarobników rekrutuje się z młodzieży między 14. a 18. rokiem życia. Dolna granica tego przedziału jest stanowczo za nizka, powinna być co najmniej o 2 lata wyższa. Mających mniej niż lat 14 znajdujemy niewielu, a jednak są, i tym grozi największe niebezpieczeństwo, bo nie dobierają zajęcia według sił własnych, tylko chwytają takie, jakie się nawinie. Z drugiej strony ci najmłodsi bywają bardzo licho wynagradzani. Jeden n. p. 10-letni chłopiec woził przez 2 miesiące dzień w dzień z wyjątkiem świąt szuter na gościniec i brał dziennie 60 h. Obuwia i ubrania więcej zniszczył, aniżeli pieniędzy zarobił.

Ważną stroną zagadnienia, o którem mówimy, jest czas trwania roboty. Pozwala bowiem odpowiedzieć na pytanie, co właściwie skłania uczniów do zarobku, czy chwilowy kaprys, czy jakiś głębszy powód, n. p. stosunki finansowe rodziny. Niestety w kwestyonaryuszu brakuje odpowiedniej rubryki. Rozwiązują to pytanie uczniowie tylko 3 zakładów. Z gimnazyum VIII we Lwowie zarobkowało 21 uczniów, z tych 5 pracowało miesiąc lub dłużej niż miesiąc, reszta krócej. Podobnie dzieje się i z wychowankami seminaryum w Starym Sączu. Na 91 pracowało miesiąc lub dłużej niż miesiąc 24. Wobec tego mniej więcej $^1/_4$ pracuje z konieczności zarobku, o innych przypuszczać można, że zarobek dla nich nie był koniecznie potrzebny. Gdyby ta $^1/_4$ obowiązywała ogólnie, liczba uczniów zarobkujących spadłaby z 3500 na 900, dla których możnaby już wyszukać w Galicyi zarobek, odpowiedni i pod względem moralnym i higienicznym.

Rodzice uczniów zarobkujących zaliczają się do sfer najniższych. Są to zarobnicy, ubodzy rzemieślnicy, niżsi funkcyonaryusze państwowi i autonomiczni i t. p. Czasem chwytają się pracy zarobkowej i synowie rodziców, zajmujących wyższe stanowiska społeczne. Rzecz to jednak wyjątkowa. Na 70 odpowiedzi zaledwie 10 wspomina, że niektórzy z uczniów-zarobników mają rodziców zamożniejszych. Stanowią wówczas garstkę drobną w porównaniu do ogólnej liczby zarobkujących. Stosunki majątkowe określają niekiedy odpowiedzi krótko, a dobitnie: nędza, bieda. Czasem tasama myśl w formie łagodniejszej: »Rodzice ubodzy, ale nie żyjący w skrajnej nędzy«. Rodzice tacy chętnie widzą, kiedy dzieci zarobkiem opędzą koszt swego utrzymania, choćby przez miesiąc w roku. Zarobki młodzieży są stosunkowo znaczne. U tych, którzy pracowali dłużej, sięga zarobek od 50 do 70 K, wyjątkowo przekracza 100 K. Oszczędności obracają na zakupno książek, ubrania, obuwia, albo też oddają rodzicom do rozporządzenia, czasem pomagają w ten sposób swym najbliższym. Jeden n. p. tak opisuje swój zaciąg do rzeszy robotniczej: »Mam lat 15. Ojciec mię odumarł. Matka utrzymuje się z małej pensyi. Szczupły zapas pieniędzy naszej rodziny zmusił mię do zarobku. Pracowałem przez 7 tygodni po 10 godzin dziennie przy ścinaniu drzew i karczowaniu lasowiska, za co otrzymałem 62·42 K. Wszystko oddałem mamie; do pracy stanąłem zdrów, wyszedłem umęczony Z robotnikami zawodowymi nie stykałem się, bo byli źle usposobieni dla nas dwóch«.

Usposobienie nieprzychylne robotników względem uczniów łatwo zrozumieć. Po pierwsze uczniowie odbierają robotnikom możność zarobku. Druga przyczyna, niemniej ważna od pierwszej, leży w tem, że sprawność uczniów w robocie jest mniejsza i co do czasu i co do jakości od robotników zawodowych. Przedsiębiorcy korzystają z tego i gorzej płacą studentów. Uczniowie więc mimowoli obniżają płace robotników zawodowych. Stąd też stosunek robotników do uczniów jest wrogi. Dobrze, jeśli objawia się wyzwiskami. Czasem docinkami, często takiem zręcznem rozstawieniem się przy robocie, że jej »najtrudniejsze części

dostają się uczniom«. Stosunek ten wrogi możnaby złagodzić, niedopuszczając do pracy zarobkowej chłopców, którzy pracują »dla rozrywki«, »aby kupić buty footballowe« lub »pokryć koszta jazdy do Wiednia«, bo i takie przyczyny podają niektórzy uczniowie. Jedyny powód wystarczający i konieczny, to brak środków do życia.

Moralnie oddziałują robotnicy na młodzież szkolną tylko ujemnie. Pamiętać trzeba, że to robotnicy nieukwalifikowani, a więc w większych miastach rekrutujący się niejednokrotnie z szumowin społecznych. Dobrego od nich nic się nauczyć nie można, oswoić zaś i nie oddziaływać można na zło, co już za wielkie minus moralne poczytać należy. W odpowiedziach uczniów często zaznacza się to stanowisko: »Zachowanie się robotników było grubiańskie« pisze jeden. U drugiego niezadowolenie przechodzi w rezygnacyę: »Co chwila było słychać przekleństwa i różne brutalne wyrazy. Mimo to musiałem robić, ponieważ nie miałem pieniędzy na ubranie«. Powtóre robotnicy nie grzeszą zbytnią powściągliwością od alkoholu. Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że oddziaływanie robotników na uczniów w tym kierunku istnieje, i znajduje w nich często grunt podatny. Oto przykłady: »Robotnicy niezbyt życzliwi chcieli mniej robić, a wszystko zganiać na studentów, obiecywali stać się lepszymi, jeżeli dostaną wódki«. Przy biciu tam nad Popradem koło Nowego Sącza robotnicy codziennie po południu między 3—5 godziną składali się na wódkę, każdy z pracujących musiał dawać kilka groszy na jej kupno. Kto spróbował nie dawać, nie pić, tego spotykały drwinki, śmiech ironiczny. Drwiny zaś są bronią daleko ostrzejszą od próśb. Uczeń w takiem środowisku musi pić, albo uciekać z roboty, pośredniej drogi nie znajdzie. Z tych dwóch przykładów widać, że uczniowie muszą się alkoholem wkupywać do cechu robotników.

Grozi jeszcze studentom inne niebezpieczeństwo, jeżeli zwrócimy uwagę na to, że stają do roboty w wieku, gdzie pobudliwość płciowa najbardziej wybujała. Dzieje się to przedewszystkiem tam, gdzie pracują kobiety razem z mężczyznami. Dajmy głos znów uczniowi II klasy (maximum 13 lat): »Pracowałem w cegielni całe wakacye. Praca była bardzo ciężka, a źle wynagradzana. Towarzystwo było bardzo drażliwe. Przeważnie pracowali parobczacy i dziewczęta niemoralnie się zachowujące, a również i wyrazy, jakich używali, były nadzwyczaj niemoralne«.

Zdziczenie obyczajów, skłonność do alkoholizmu, w niektórych przypadkach przedwczesna dojrzałość płciowa, a więc prawdopodobnie i choroby weneryczne, są typowemi następstwami pracy zarobkowej młodzieży szkolnej, podejmowanej w nieodpowiedniem środowisku.

Korzyść umysłowa, jaką uczniowie odnoszą z pracy zarobkowej, jest minimalna, ponieważ jestto zajęcie przeważnie bezmyślne. W jaki bowiem sposób ma rozszerzyć horyzont myślowy ucznia to, że przez cały dzień wbija pale w dno rzeki, przez cały dzień ziemię wyrzuca z rowu, układa cegły w stosy lub nosi wapno w cebrach na budowę? Spostrzeżenia przy tego rodzaju zajęciach są tak mało obfite, że wobec nich pracę w warstacie stolarskim, czy ślusarskim, trzebaby nazwać zasobną kopalnią dyamentów, rozumiejąc przez dyamenty różne własności materyału i sposoby ich obrabiania, z jakimi się spotykamy w warsztatach, przed chwilą wspomnianych.

Co więcej, ciężka praca fizyczna nuży umysł, to znużenie nie ustępuje natychmiast po przerwaniu pracy, objawia się w pierwszych miesiącach nauki szkolnej po wakacyach. Powstaje przez to niejednokrotnie koło błędne. Chłopiec chwyta się pracy zarobkowej, bo ma płacić czesne, a po wakacyach źle się uczy, a więc znów płaci czesne, bo zarobkował.

Wśród różnorodnych zajęć młodzieży w czasie wielkich feryi można wyróżnić 6 głównych typów: roboty ziemne, polne, leśne, fabryczne, budowlane i w kopalniach. Rodzaj zajęcia w każdym z tych typów tłomaczy się już samą nazwą. Te, których nie można było zaliczać do żadnego z tych typów, nazwałem »inne«. Należą tu prace u rzemieślników, rąbanie drzewa, pisarka w biurach, dozorowanie robót i t. p. Najwięcej pracuje przy robotach polnych, następnie idą ziemne, budowlane, fabryczne. W tych 4 wymienionych rodzajach pracuje $^4/_5$ młodzieży, reszta przypada na roboty leśne, kopalniane i »inne«. Każde z tych zajęć, odrabiane co najmniej 9 godzin dziennie, musimy nazwać pracą ciężką, i tak też je określają często sami uczniowie. Między lżejsze włożyćby jedynie można pewne odmiany robót polnych i niektóre z typu »innych«.

Nie ulega wątpliwości, że praca ciężka musi szkodzić chłopcu kilkunastoletniemu, którego ustrój jest dopiero w rozwoju. Szkody, płynące dla zdrowia z ciężkiej pracy zarobkowej, potęgują jeszcze niehigienicznymi warunkami samej pracy (pył w kopalniach, fabrykach, na budowlach), liche odżywianie się i brak dobrego wypoczynku podczas nocy, zwłaszcza, jeżeli uczniowie pracują zdala od domu rodzinnego. Dla serca może być szkodliwa chęć dorównania co do sprawności robotnikom zawodowym, którzy posiedli tajemnicę pracy ciężkiej. Zła postawa wreszcie przy robocie wywołuje skrzywienia kręgosłupa, choroby płuc i serca. Wszystkie te złe skutki płyną nie z samej pracy fizycznej, ale tylko z tego, że jest zarobkową, podkreślam to słowo »zarobkowa«, to znaczy, że nie może być w każdej chwili przerwana, kiedy uczeń uczuwa zmęczenie, że musi odrobić 9—12 godzin dziennie, do jakich się zobowiązał.

Stanowczego jednak sądu o wartości higienicznej pracy zarobkowej wydać nie można wobec braku jakiegokolwiek materyału statystycznego, zebranego przez lekarzy. Z istniejących jeden, Dr Dziewońskiego, obejmuje niewielką ilość przypadków i krótki czas obserwacyi, drugi, Dr Glassnera jest jednostronny, bo Dr Glassner mógł badać tylko uczniów, zgłaszających się do niego po poradę lekarską. Na pytanie w kwestyonaryuszu o »zdrowie« uczniów zarobników, odpowiada 12 dyrektorów, że stan zdrowia jest niepomyślny. Z gimnazyum brodzkiego mamy n. p. taką relacyę: »Młodzież wróciła do szkoły po wakacyach wymęczona, u niektórych uczniów, którzy nie odżywiali się zbyt dobrze, aby jak najwięcej oszczędzić, zauważyć można było stan wprost groźny«.

Zauważę jednak, że pomyślne i niepomyślne oceny robione były na oko, opierają się tylko na wejrzeniu zewnętrznem. Skutki zaś szkodliwe ciężkiej pracy zarobkowej mogły odbić się na narządach wewnętrznych, przedewszystkiem na sercu, którego dokładne zbadanie należy pono do trudniejszych zadań sztuki lekarskiej.

Przechodzę do wniosków ostatecznych. Sprawy pracy

zarobkowej młodzieży szkół średnich nie można jeszcze obecnie rozwiązać. Wobec tego rok szkolny bieżący i następny należy uważać za rok próby i badań tak pod względem wychowawczym, jak i lekarskim. Władze szkolne nie powinny wydać żadnego zakazu w tej sprawie; rolę zakazu powinny odegrać pouczenia uczniów przez nauczycieli o stronie higienicznej i społecznej pracy zarobkowej. Życzenia w tym kierunku można zawrzeć w następujących punktach:

1. Przed ukończonym 16. rokiem życia nie stawać do pracy zarobkowej.

2. Najwięcej odpowiednia jest praca na roli. Organizować z tego powodu, jeżeli się uda, kolonie robotnicze ze studentów na wzór obozów skautowych.

3. Do pracy powinien stawać tylko taki uczeń, którego zmuszają warunki finansowe rodziny. Jest rzeczą nieuczciwą, jeżeli ktoś staje do zarobku dla rozrywki, celem sprawienia przedmiotów zbytku i t. p., bo odbiera sposobność zarobku ojcom rodziny, lub daleko biedniejszym od siebie.

4. Poznać, co to jest praca fizyczna, najlepiej można w warsztatach jordanowskich.

5. Wskazywać na inne sposoby zarobkowania, n. p. zbieranie ziół lekarskich, sadownictwo i t. p.

6. Rozwinąć szerszą akcyę za tworzeniem kolonii wakacyjnych tak luźnych, jak i zbiorowych.

7. Poddać badaniu lekarskiemu z końcem czerwca i z początkiem września, tych, którzy zarobkowali.

8. Prowadzić dokładną statystykę zarobkujących.

Fizyczna praca zarobkowa uczniów szkół średnich galicyjskich

napisał

Stanisław Ciechanowski.

(Według wykładu, zgłoszonego na I Zjazd higienistów polskich).

Mówiąc o pracy zarobkowej fizycznej mam na myśli płatne zatrudnienia, połączone z przymusem (zobowiązaniem) do stałej liczby godzin dziennie, przyjętej jako normalny dzień roboczy (praca na dniówkę), lub do pewnej stałej ilości pracy za jednostkę płacy (praca akordowa), a odbywające się nie dorywczo, lecz dzień po dniu bez przerwy.

Taką pracę młodzieży szkolnej w czasie feryi, przeznaczonych na konieczny wypoczynek po całorocznej wytężającej młode ustroje pracy umysłowej, musi każdy lekarz higienista w zasadzie bezwzględnie potępić, a stanowiska tego nie potrzeba nawet, jak sądzę, tutaj osobno uzasadniać [1]). Naodwrót żaden higienista nie może być przeciwny dowolnym zajęciom fizycznym w granicach i na sposób umiarkowanego sportu, byleby rodzaj tych zajęć sam przez się nie był szkodliwy dla zdrowia, byleby one nie przynosiły młodocianemu ustrojowi żadnej szkody, a przeciwnie — mogły służyć na pożytek. Tego rodzaju zajęcia, odpowiednio urządzone, stanowić mogą nawet dzielny środek w wychowaniu fizycznem.

Ale sprawa fizycznej pracy zarobkowej uczniów, — powtarzam, w zasadzie bezwzględnie nieodpowiedniej, — jest w praktyce w Galicyi zagadnieniem niełatwem do rozwiązania, ponieważ dla wielkiej liczby młodzieży stanowi ona dzisiaj ekonomiczną konieczność, jedyne źródło utrzymania przez ferye lub zdobycia zasobów pieniężnych na następny rok szkolny. Ten fakt zmuszał do rozpatrzenia pytania, czy w obecnych warunkach dałoby się zgodnie z zasadniczym postulatem higieny zupełnie usunąć fizyczną pracę zarobkową naszej młodzieży szkolnej, a jeżeli nie, to w jakich granicach mogą być dzisiejsze stosunki do czasu jeszcze tolerowane, w jakim względzie i w jaki sposób zło można zmniejszyć.

Jako referent ankiety, zwołanej w tej sprawie w maju r. b. przez c. k. Krajową Radę szkolną, miałem sposobność zapoznać się z obecnym stanem rzeczy. Wiadomości moje dotyczą wszystkich szkół średnich w Galicyi: gimnazyalnych, realnych i seminaryów nauczycielskich męskich, zarówno publicznych, jak i prywatnych, a co do połowy tych zakładów opierają się na liczbach i szczegółowych faktach, przeważnie bardzo starannie zebranych. W ocenie tych wiadomości starałem się w pierwszym rzędzie uwzględnić stosunki, uznane za szkodliwe nietylko ze stanowiska teoretycznego, ale i w praktyce zakazywane lub poddane szczególnym przepisom przez ustawodawstwo austryackie (nowele do ustawy przemysłowej z d. 8. III. 1885 dpp. 22 i z d. 21. I. 1886 dpp. 115), a mianowicie co do czasu i rytmu pracy, przerw spoczynkowych, wieku pracujących, rodzaju pracy, miejsca, gdzie praca się odbywa, pomieszkania i pożywienia w okresie pracy i t. d., jakoteż skutki zarobkowej pracy fizycznej, stwierdzone dotychczas, o ile to było możliwe bez systematycznych badań i bez fachowo-lekarskich podstaw [1]).

We wszystkich szkołach średnich galicyjskich obliczyłem liczbę uczniów z końcem r. szk. 1911/12 według sprawozdań Krajowej Rady szkolnej na 43580; w tej połowie szkół, do której odnoszą się mniej lub więcej dokładne liczby co do pracy zarobkowej fizycznej, było 20722 wychowańców. Liczba pracujących fizycznie przez ferye podawana bywała w różnych szkołach bardzo rozmaicie, od 2% do 60%, a nawet 72% ogółu, ale te wysokie liczby dotyczą wogóle wszystkich pracujących fizycznie, włącznie z tymi, którzy pomagali w pracy rodzicom w domu. W ścisłem znaczeniu pracujących zarobkowo było według mego obrachunku średnio 9·3% ogółu uczniów, a zatem w całej Galicyi szacowałbym ich liczbę około 4000. Już ta jedna liczba dowodzi, że fizyczna praca zarobkowa uczniów nie da się niestety odrazu usunąć. Chcąc dojść do tego, trzebaby dla większości tej młodzieży nietylko stworzyć bezpłatne kolonie wakacyjne, ale także dostarczyć środków pieniężnych, choć w części równoważących oszczędności, zgromadzone przez pracę wakacyjną. Tymczasem istniejące kolonie wakacyjne z wliczeniem już powstałych w r. b., 1914, mieścić mogą do 400 co najwyżej uczniów; liczne tegoroczne kolonie i obozy harcerskie nie wchodzą tu w rachubę, bo przeważnie do-

---

[1]) Uczynił to zresztą doskonale Dr Glassner, który sprawę tę poruszył na nowo w r. z., a przed paru jeszcze laty Dr Kopczyński.

stępne są tylko dla zamożniejszych, mogących płacić około 2 koron dziennie. Zarobki zaś, zaoszczędzone przez uczniów pracujących fizycznie, (już po potrąceniu kosztu utrzymania się przez ferye) obliczam conajmniej na 100.000 koron rocznie; jestto kwota, o której zdobyciu od społeczeństwa na rzecz niezamożnej młodzieży na razie marzyć nie można.

Wiadomości moje o wieku pracujących odnoszą się do 700 mniejwięcej. W tej liczbie przeszło 400 podpadałoby pod pojęcie »robotników młodocianych« austryackiej ustawy przemysłowej, a conajmniej kilkunastu pracowało, nie osiągnąwszy jeszcze dozwolonej tą ustawą najniższej granicy wieku, lat 12.

Co do czasu pracy istnieje wielkie prawdopodobieństwo, że nie w sporadycznych przypadkach, ale w znacznej ich liczbie, nie działo się zadość nawet skromnym wymogom ustaw przemysłowych, nie mówiąc już o wyżej od tych ustaw idących postulatach higieny nowoczesnej. Wśród 34 szkół, o których mam wiadomości co do czasu pracy, wynosił dzień roboczy: w 10 około 12 godzin, w 13 około 11 godzin, w 6 około 10 godzin. Niewątpliwie w tych warunkach wielu uczniów »robotników młodocianych« pracowało ponad ustawą zakreślone maximum 8 godzin (z odliczeniem spoczynków). Wiadomo mi też o przypadkach pracy nocnej od godz. 9 do 12 przy $10^1/_2$ do $12^1/_2$-godzinnym dniu roboczym, o (wyjątkowych coprawda) przypadkach pracy 15-godzinnej, a nawet 18-godzinnej, o jednym przypadku pracy przez całą dobę co drugi dzień, a o wcale licznych przypadkach pracy 13-godzinnej, i to w przemyśle, oraz pracy akordowej, niekiedy dochodzącej do 14 godzin. Bywały też przypadki zbyt krótkich spoczynków nocnych, a nawet w jednej studenckiej drużynie roboczej, pracującej pod jaką-taką opieką (inżynierów) wstawano o godz. 3 rano, aby na czas zdążyć na miejsce pracy (10-godzinnej).

Oprócz wiadomości o nadmiernym dniu roboczym mam je i o zbyt wielkiem natężeniu pracy, szczególnie częstem wśród uczniów-robotników z powodu braku wprawy, braku ekonomii pracy i wskutek emulacyi z robotnikami zawodowymi, — oraz o wielkiem nużeniu się monotonią roboty.

O ile młodzież zatrudniona była rodzajami pracy, wogóle niezdrowymi, a dla młodocianych ustrojów tem szkodliwszymi, wskaże następujące zestawienie, dotyczące 1131 uczniów, pracujących zarobkowo w czasie feryi:

I. Prace rolne i ogrodnicze	273	291
» leśne	18	
II. Prace ziemne i drogowe	289	388
Regulacya rzek, budowa kanałów	99	
III. Przemysł budowlany, murarstwo	164	452
Cegielnie i cementownie	11	
Kopalnie i kamieniołomy	23	
(w tem 8 w tłuczkarniach kamieni!)		
Rozmaite fabryki	109	
Inne przemysły	145	

[1]) Spostrzeżenia lekarskie w szkole zebrał o zarobkowej pracy fizycznej uczniów tylko Dr Dziewoński, lekarz szkolny seminaryum w Kętach, co należy podnieść z tem większem uznaniem, że zresztą nie próbował tego żaden inny z lekarzy szkolnych, choć posiadają ich wszystkie szkoły realne wszystkie seminarya w Galicyi.

Niemal więc połowa z tych 1131 pracowała w przemyśle, i to przeważnie w gałęziach, szczególnie szkodliwych z powodu pyłu, drażniących gazów i ciężkiej pracy. Umyślnie zestawiam osobno grupę prac (II) terenowych »na wolnem powietrzu«, z tego tytułu uważanych popularnie a niesłusznie za korzystne, w rzeczywistości często wcale nie lekkich i narażających ustrój na szkody.

O pomieszczeniach uczniów-robotników w okresie pracy wakacyjnej mam wiadomości niewiele, tylko co do 13 szkół; część przynajmniej tych uczniów (z 7 szkół) miała pomieszczenie niewątpliwie złe, w barakach robotniczych ladajako skleconych, brudnych, wilgotnych i ciasnych i wspólnie z robotnikami zawodowymi.

W żywieniu się skazana jest młodzież, pracująca wspólnie z robotnikami zawodowymi zdala od domu, najczęściej na pożywienie zimne, przynajmniej od rana aż do wieczora. Wiadomości co do żywienia się mam o uczniach z 17 szkół; z tego o uczniach z 10 zakładów, że, o ile mieszkali poza domem rodzicielskim, mieli pożywienie liche i niedostateczne, nieraz tylko chleb z kawą lub lichą kiełbasą, albo nawet tylko chleb z czosnkiem, śledziami, lub sam chleb suchy.

O nawyknieniu do alkoholu lub wzmożeniu się pociągu do napojów wyskokowych mam wiadomości co do uczniów z 12 szkół, o nikotynizmie z 5 szkół.

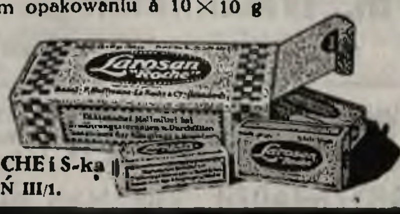
Oprócz tego wszystkiego wchodzi w rachubę przy zarobkowej pracy fizycznej deprymujący wpływ psychiczny w zetknięciu z ciemnotą, nizkim poziomem kulturalnym i moralnym, brutalnością i nieprzyjaźnią robotników, którzy w tych rodzajach pracy, jakim uczniowie oddawać się mogą, rekrutują się ze zwykłych, nieukwalifikowanych do żadnej lepszej pracy wyrobników, nieraz z szumowin. Mówię tu o depresyi psychicznej ze stanowiska ściśle higienicznego;

Larosan "Roche"

Dyetetyczny środek lekarski
przy **zaburzeniach w odżywianiu i biegunkach.**
Sprowadza u sztucznie karmionych niemowląt
stałe stolce oraz szybki przyrost na wadze.

Zupełnie pewne działanie! Umiarkowana cena!
Schludny rękoczyn! Łatwe przyrządzanie!
Kazeina nie ścina się! Przyjemny smak!

CENA: W oryginalnem opakowaniu à 10 × 10 g
Kr. 2.75.



F. HOFFMANN-LA ROCHE i S-ka
BAZYLEA - WIEDEŃ III/1.

nie dotykam wcale sprawy demoralizacyi, bo to należy do innego, wychowawczego zakresu.

Skutki zarobkowej pracy fizycznej okazywały się pod względem fizycznym w 16 szkołach nawet oczom nie-lekarzy pod każdym względem ujemne, w 6—ujemne u uczniów, którzy pracowali w przemyśle; w 11 szkołach skarżyli się sami uczniowie na pracę ciężką, lub na wyczerpanie i zmęczenie po feryach. Razem więc można mówić o ujemnych skutkach w 33 szkołach na 48, o których mam w tym kierunku wiadomości. Bardzo znamienne są fakta następujące: Na 50 uczniów jednej szkoły, którzy zarobkowali fizycznie przez ferye, zdrowie polepszyło się u 12, nie uległo zmianie u 30, pogorszyło się u 8 (= 16%!); z tychże 50 zyskało na wadze 15, nic nie zyskało 14, straciło 21! Gdzieindziej na 42 uczniów-robotników połowa straciła na wadze.

Dla całkowitej oceny obecnych stosunków potrzebne są niewątpliwie dalsze systematyczne i ile możności jak najstaranniejsze badania; ale już powyżej przytoczona garść faktów wystarcza, aby stwierdzić, że stosunki te są opłakane i mogą higienistów tylko utwierdzić w ich zasadniczo odpornem stanowisku względem zarobkowej pracy fizycznej uczniów szkół średnich w czasie feryi.

Wnioski co do środków zaradczych znajdują się w rezolucyach wspomnianej wyżej ankiety, która je uchwaliła według projektu, opracowanego wspólnie ze mną przez krajowego inspektora szkolnego, radcę Dr Majchrowicza, jako współreferenta. Wnioski te ogłoszone były we wszystkich niemal dziennikach politycznych w Galicyi, zbyteczna więc tu je powtarzać.

II. Zjazd internistów polskich we Lwowie.

Równocześnie z I. Zjazdem higienistów polskich obradować będzie we Lwowie II. Zjazd polskich internistów. Wśród zjazdów naszych, poświęconych jednej gałęzi nauk lekarskich, najmłodsza ta instytucya — wstępuje po pomyślnym przed kilku laty w Krakowie początku na drogę prawidłowego rozwoju, czego dowodem jest liczba i przedmiot zgłoszonych tym razem na Zjazd wykładów. Witamy II. Zjazd internistów polskich życzeniem, aby tegoroczne zebranie stało się źródłem coraz usilniejszej pracy, która oby jak najrychlej wytworzyła konieczność corocznego przeglądu naszych dorobków na polu medycyny wewnętrznej.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Kazimierz Majewski.

HUNYADI JÁNOS
GORZKA WODA NATURALNA
NAJLEPSZY ŚRODEK CZYSZCZĄCY
ZWRACAĆ UWAGĘ NA FIRMĘ ANDREAS SAXLEHNER NA KAŻDEJ ETYKIECIE

Bad HALL w Górnej Austryi. Kąpiele jodowo-bromowe pierwszej jakości, najstarsze i najskuteczniejsze źródlisko w Europie. 144
Skuteczne w chorobach kobiecych, wysiękach, chronicznych zapaleniach, dnie, gośćcu, zwapnieniu tętnic, zołzach, kile wrodzonej, nabytej, w procesach następowych tejże i t. d.
Prospektów i wyjaśnień udziela Zarząd. — Sezon od 1 maja do 1 października.
Sanatoryum Dra v. GERSTEL otwarte i w zimie.

KARLSBAD Dr W. Maleszewski b. Asyst. Kliniki krakowskiej
ordynuje jak dawniej „Haus Nastopil“.
O otwarciu własnego
SANATORIUM (PENSION MÉDICALE-DIÈTÉTIQUE)
wyjdą osobne oznajmienia. 288

Dr M. Wachnianin ordynuje jak ubiegłych lat od maja w KARLSBADZIE
dom »Goldener Löwe« naprzeciw Kurhausu. 243

Dr WŁADYSŁAW KLUGER b. Asystent kliniki chorób wewnętrznych Uniw. Jagiel. ordynuje jak lat ubiegłych 235
w MARYENBADZIE, Dom „Stadt Hannover“ Kirchenplatz.

NATURALNA SÓL SZPRUDLA jest jedynie prawdziwą solą KARLSBADU
Zastrzega się przed falsyfikatami 147

Szczawa Krondorfska uznana za najlepszą i naturalną
Najlepsze skutki w nieżytach żołądka i pęcherza, jakoteż dróg oddechowych. 205
Prospekty rozsyła na żądanie Brunnen-Unternehmung Krondorf bei Karlsbad lub też Generalna reprezentacya dla Galicyi i Bukowiny, Kraków, Grodzka 48. Lwów, Sykstuska 31.

Dr MAKSYMILIAN FUCHS ordynuje jak dawniej 284
w Badenie (pod Wiedniem) ul. Renngasse 6.

MATTONI'EGO SÓL MUŁOWA

z leeznlezego mułu - Soos pod Francensbadem. :: Naturalne zastępstwo kąpieli mułowych w domu. Zastosowanie podług przepisu lekarskiego. Żądać zawsze MATTONI'EGO SOLI MUŁOWEJ.

Przy pokarmowym i zakaźnym

nieżycie jelit

szczególnie także przy

biegunkach letnich u dzieci

TANNALBIN

jako niedrażniący środek ściągający jelita

Nie odszczepia w żołądku kwasu garbnikowego. Działanie ściągające kwasu garbnikowego ujawnia się dopiero w jelicie. Odszczepianie następuje tamże zupełnie powoli, tak iż nietylko cały przewód pokarmowy wystawiony jest na działanie tannalbiny, lecz także działanie ograniczające wydzielinę następuje stopniowo i jednostajnie. Także przy podawaniu wysokich dawek nie występują - - - - szkodliwe działania uboczne. - - - -

Opakowanie oryginalne 17



Rp. Tannalbin-Tabl. po 0,3 g.
Nr. XL K 1·25
Nr. XX K 0·65
Opakowanie oryg. Knoll.

Rp. Tannalbin-Knoll
10 g. K 1·05
Opakowanie oryg. Knoll.

Dorosłym i starszym dzieciom 3—5 razy dziennie ½ łyżeczki kawowej proszku lub 1—2 kołaczyków w odstępach godzinnych. — Oseskom 3—4 razy dziennie 0.3 g lub 1 kołaczyk drobno roztarty w kleiku.

Knoll & Co., Ludwigshafen a/Rh.

ZAKŁAD DYETETYCZNY W KRYNICY
otwarty od 15 maja do 30 września. — (W maju, czerwcu i wrześniu o 25% taniej).
Zakład mieści się w osobnym, na ten cel wybudowanym gmachu, w środku Zakładu zdrojowo-kąpielowego w Krynicy, otoczony jest w około ogrodem.
Pokoje duże, widne, z balkonami, wygodnie umeblowane, z piecami z doskonałą pościelą i staranną służbą. — Dwie sale, jadalnie, czytelnie i werandy. Oświetlenie elektryczne. Wodociągi: — Leczenie dyetetyczne. Leczenie elektryczne, arsonwallizacya, kąpiele czterokomorowe. — Roentgen. — Kąpiele słoneczne. — Wszelka staranna opieka.
Adres Zarządu: **Dr Skórczewski w Krynicy.** 140

Dra Emmerich'a Sanatorium Baden-Baden. — Założ. 1890 odnowione 1910/11 dla nerwowo-chorych
Morfina-Alkohol
Leczenie odzwyczajające w łagodn. formie, bez przymusu. Prospekty. Właśc. i kierown. Dr Arthur Mayer. 49

SANATORIUM REKAWINKEL
dla nerwowo i umysłowo chorych.
Najbardziej postępowo urządzone, wszystkie środki lecznicze, dokoła otoczone lasem, blisko Wiednia, stacya kolei miejskiej
przez cały rok 4 lekarze. 270
Telefon (patrz książkę telef. wiedeńską) Rekawinkel Nro 2.
Rozmownica Wiedeń I, Operngasse 6 w środę i sobotę pop. godz. 4. Tel. 5840

PENSYONAT POLSKI



„Plankenstein" i „Rosenheim" w Gleichenbergu koło Gracu
40 Pokoi z komfortem urządzonych kuchnia polska pensya od 8 kor. i wyżej zależy od pokoju w najładniejszem położeniu cały dzień w słońcu
Poleca Karol Świdziński

Les Établissements Byla, Gentilly-Paris
ROŚLINNE ENERGETYNY.
Les Énergétènes végetaux.
Czyste soki roślinne ze świeżych roślin chemicznie i fizyologicznie dawkowane □ 1 gram energetyny odpowiada 1 gramowi świeżej rośliny □ Zawiera zawsze tąsamą ilość działających składników w bezwzględnie niezmiennej postaci □ Soki te roślinne wytworzone według zupełnie nowego postępowania nie są ani dializatami ani wyciągami, tylko czystymi, niezmiennymi sokami o stale jednakiem działaniu i znakomitym smaku

Wyrabiamy następujące energetyny, które polecamy uwadze panów lekarzy:

Energetyna kozłkowa — Valeriana officinalis
Énergétène de Valériane Byla
Energetyna kasztanowa — Aesculus hippocastanum
Énergétène de Marrons d'Inde Byla
Energetyna wilczycy — Viscum album
Énergétène de Gui Byla
Energetyna szałwii — Salvia officinalis
Énergétène de Sauge Byla
Energetyna porzeczki smorodyni — Ribes nigrum
Énergétène de Cassis Byla
Energetyna naparstnicy — Digitalis purpurea
Énergétène de Digitale Byla
Energetyna konwalii — Convallaria majalis 266 b
Énergétène de Muguet Byla
Energetyna janowca — Spartium scoparium
Énergétène de Genêt Byla
Energetyna sasanki późnej — Colchicum autumnale
Énergétène de Colchique Byla

Cena wszystkich rodzajów energetyny K. 4·— za flaszkę □ Wszystkie energetyny zażywa się kroplami lub po łyżeczce kawowej z małą ilością wody ocukrzonej.
Próbki i piśmiennictwo pozostają do dyspozycyi Panów Lekarzy.

Generalne zastępstwo na Austro-Węgry: Wiedeń VI/1, Köstlergasse 1. Telefon 5355.

Rok LIII. Kraków, dnia 25 lipca 1914 Nr 30.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z Kliniki chorób dzieci prof. E. Feera w Zurychu.

Dwa rzadkie przypadki tuberkulidów skóry u niemowląt.

Podał

Dr med. Stanisław Ostrowski (Petersburg).

Skórne tuberkulidy u dzieci napotyka się nie często, zwłaszcza w Rosyi, gdzie je często przeoczają, a być może i nie rozpoznają. Uważam więc za pożyteczne podać do wiadomości kolegów dwa przypadki tuberkulidów skóry u dzieci, które spostrzegałem podczas moich zajęć w klinice prof. Feera. Nim przystąpię do opisu swoich przypadków, podam pokrótce nowsze dane w tej sprawie z piśmiennictwa pedyatrycznego.

W 1891 r. Barthélémy nadał skórnym schorzeniom w gruźlicy miano wskutek szczególnego ich pochodzenia z torebek włosowych (follikułów), »folliculitis« lub »acnitis«, nieco później Darier te dermatozy nazwał tuberkulidami.

Prof. E. Moro (Heidelberg) w »Lehrbuch der Kinderheilkunde« prof. E. Feera (1914 r., str. 751) dzieli tuberkulidy skórne u niemowląt na 2 grupy. Pierwsza: mały grudkowaty (papulosa) tuberkulid. Typowa łuska centralna wkrótce schodzi i występują wysypki bez łuski w postaci niewielkich okrągłych grudek (papulae). Pojedyncze wykwity wielkości główki od szpilki do małej soczewicy mają postać nieswędzących, bladoczerwonych, potem jasnobrunatnych wypukłości, guzków (noduli). Nie zauważa się przytem ani obumierania, ani owrzodzenia, lecz lekkie wgłębienie w środku i przy napinaniu skóry odbłysk. Wysypki te występują w niewielkiej ilości na brzuchu, klatce piersiowej, kończynach; siedziba ich jest nietypowa. Nie zawsze można wyłączyć krwotoczny lub nekrotyczny ognik (strophulus). Dla rozstrzygnięcia sprawy ma znaczenie skórna próba tuberkulinowa. Druga grupa: grudkowo-martwiczy (papulo-necrotica) tuberkulid, który się sadowi przeważnie na bocznych stronach kończyn. Wysypki te występują z głębi, tworzą na powierzchni większe guzki, od wielkości soczewicy do pestki wiśniowej, i mają skłonność na szczycie do martwicy i owrzodzenia. Wtedy tworzy się brudnobrunatna łuska, po której odpadnięciu lejkowate dno wrzodu również łatwo krwawi, jak przy toczniu. Wysypki te zjawiają się w większej ilości, niż przy małym tuberkulidzie grudkowatym (papulosa). Typowe blizny, które zostają po nekrotycznych tuberkulidach, są okrągłe, białe, trochę wgłębione. Tuberkulidy te często występują po odrze.

Na znaczenie rozpoznawcze tuberkulidów u dzieci, pierwszy zwrócił uwagę Hamburger.

Leinerowi wspólnie ze Spielerem udało się w doświadczeniach na zwierzętach udowodnić obecność żywotnych lasecznikόw gruźliczych w tych wysypkach. Wyniki tych badań zgodnie z obrazem klinicznym, wystąpieniem licznych ognisk i z badaniami histologicznemi, przemawiają za związkiem patogenetycznym folliculitis z rozsianą prosówkową postacią gruźlicy skórnej, która się rozwija w toku ogólnej gruźlicy prosówkowej. Dokładna znajomość zmian gruźliczych skóry, ma, zdaniem Leinera, ogromne znaczenie w wieku dziecinnym, kliniczne bowiem badanie narządów często nie wykazuje tego, czego się spodziewamy.

Rensburg na mocy 3 przypadków tuberkulidów skórnych u dzieci, dochodzi do następujących wniosków. W ostrej gruźlicy prosówkowej tuberkulidy skórne są wyrazem prosówkowego rozsiania się lasecznikόw gruźliczych. Takie i tym podobne wysypki spotyka się i przy innych zmianach gruźliczych. Tuberkulidy te w obydwu przypadkach służą za cenny objaw rozpoznawczy.

J. S. Leopold i T. Rosenstern na 30 przypadków gruźlicy u osesków, w 12 znaleźli opisane przez Hamburgera tuberkulidy grudkowo-łuskowe lub grudkowo-martwicze. Szczególnie ciekawe są 4 przypadki, w których tylko tuberkulidy skóry wskazywały na gruźlicę; rozpoznanie, uczynione na mocy tuberkulidów, potwierdzone zostało na sekcyi. Autorowie ci mniemają, że jak w Ameryce, tak i w Niemczech te tuberkulidy skóry u dzieci dotychczas, prawie zawsze przeoczano.

Lateinerówna (Lwów) badała bakteryologicznie i histologicznie u 10 dzieci w wieku 3 miesięcy do $1^1/_2$ roku tuberkulidy grudkowo-łuskowe i doszła do następujących wniosków. Opisane przez Hamburgera tuberkulidy, jest to choroba pokrewna tuberkulidom grudkowo martwiczym (folliculitis), lecz są one mniejsze, więcej powierzchowne, nie ulegają owrzodzeniu, i jako takie cechują gruźlicę wczesnego dzieciństwa. Obraz histologiczny składa się z drobnokomórkowych przewlekłych nacieków, sadowiących się wokoło naczyń, obfitujących w komórki tuczne, ulegają-

cych pośrodku martwicy i bliznowaceniu. W różnych okresach łatwo wykryć żywotne laseczniki gruźlicze, wywołujące u świnek morskich ogólną gruźlicę. Lateinerówna uważa tę wysypkę za postać łagodną rozsianej gruźlicy przerzutowej.

Przechodzę do opisu swoich przypadków [1]).

1. E. M., 2 l., przyjęty do kliniki 28. II. 1914 r. Ojciec zmarł na gruźlicę płuc, matka poronień nie przechodziła. Chory był pierwszem dzieckiem donoszonem, poród był prawidłowy. Chory karmiony był piersią przez 1 miesiąc, następnie mączką Nestlego z wodą, a potem mlekiem; w ostatnim czasie otrzymywał pokarm mieszany. Nie chodzi jeszcze. Przedtem chorował na krzywicę. W ciągu ostatnich 3 tygodni zauważono osłabienie w rękach i nogach. Nie gorączkował. Około tygodnia niepokój, krzyki w nocy, zły sen. Nie wymiotował, nie miał drgawek. Łaknienie dobre. Stolec oddaje codziennie.

Obwód główki 51,5, klatki piersiowej 47,0, brzucha 45,0, długość ciała 76,0 ctm, ciemiączko 43:4,4 wybitnie napięte. Budowa dobra. Zez zbieżny. Prawy fałd nosowowargowy, płytszy niż lewy. Chłopiec bardzo lękliwy, krzyczy przy każdem dotknięciu. Skóra gładka, nieco sucha, dobrze zabarwiona. Na powierzchni bocznej lewego przedramienia przetoka, z której wydziela się ropa. W górnej części lewej okolicy pośladkowej kilka niedużych błyszczących grudek (papulae), wielkości soczewicy. Gruczoły chłonne szyjne podszczękowe i pachwinowe macalne. Klatka piersiowa dobrze rozwinięta; na żebrach różaniec krzywiczy. Oddech prawidłowy i spokojny. Granice płuc prawidłowe; oddech pęcherzykowy. Serce nie powiększone; uderzenia częste; działalność nieprawidłowa. Tętno nieprawidłowe, często twarde. Wątroba i śledziona nie macalne. Ze strony układu nerwowego: Przytomność zachowana, dermografia; lewy odruch kolanowy wyraźny, prawy niejasny, drganie padaczkowate stóp z obydwu stron, objawy Kerniga i Babińskiego, objaw twarzowy; wyraźna sztywność karku.

2. III.: Nakłucie lędźwiowe. Ciśnienie 60 ctm^3 płynu przeźroczystego; po 2 godzinach wyraźne w nim skrzepy; pod mikroskopem pojedyncze limfocyty; laseczników gruźliczych nie znaleziono. Drżenie rąk. 4. III.: Nakłucie lędźwiowe. Ciśnienie 60 ctm^3. Wypłynęło około 30 ctm^3 płynu przeźroczystego; po 2 godzinach wybitny osad, w którym limfocyty. 6. III.: Nakłucie lędźwiowe. W płynie znaleziono to samo, co i przedtem. Chory bardzo niespokojny, ciągle chwyta się za głowę, krzyczy; leży przeważnie w ciemnym kącie łóżka. Wybitne drżenie rąk. Drganie padaczkowate stóp. 9. III.: Nakłucie lędźwiowe dało to samo co i przedtem. 19. III.: Nakłucie lędźwiowe. Płynu otrzymano więcej, około 40 ctm^3 jednorazowo, badanie chemiczne i mikroskopiczne wykazało to samo. Laseczników gruźliczych nie znaleziono. Silna przeczulica nawet względem światła. Drganie padaczkowate stóp. Objaw Babińskiego. Na plecach i częściach bocznych klatki piersiowej obfite wykwity niewielkich grudek błyszczących nie swędzących. 25. III.: W płynie rdzeniowym laseczników gruźliczych nie znaleziono. 27. III.: W ostatnich dwu dniach zauważono polepszenie: łaknienie lepsze, chory spał ostatnią noc bez chloralu. Wybitna sztywność karku i przeczulica. Nowych tuberkulidów nie zauważono. 10. IV.: Na bocznej powierzchni obydwu przedramion wiele świeżych małych błyszczących grudek wielkości główki szpilki. W płynie rdzeniowym dużo limfocytów; laseczników gruźliczych nie znaleziono. 30. IV.: Na prawem przedramieniu nowe wykwity małych tuberkulidów grudkowych. 11. V.: Kilka nowych grudek na plecach. Ciemiączko w takimże stopniu napięcia, jak przedtem. Ciepłota przez cały czas była podgorączkową, nie przekraczając 38—38^0,5 (w klinice zurychskiej ciepłotę mierzy się wyłącznie w odbytnicy). Waga przy przyjęciu 10430, 18. V. 9770 grm. Odczyn Pirqueta [1]) przy przyjęciu dodatni, Wassermanna, ujemny.

2. Chłopiec, w wieku 1. r. 2 m, przyjęty do kliniki 9. IV. 1914 r. Ojciec chłopca chorował na suchoty, matka zdrowa, poronień nie miała. Chory jest czwartem dzieckiem w rodzinie; reszta 3 zdrowi. Donoszony. Piersią nie był karmiony. Stolec wogóle dobry. Pierwsze zęby w 8. miesiącu. Chory nie chodzi i nie stoi. Dobrze rozwinięty, lecz blady. Gruczoły chłonne szyjne i pachwinowe macalne. Craniotabes. Na klatce piersiowej różaniec krzywiczy. W obydwu płucach liczne grube i drobne bańkowe rzężenia; oddechu oskrzelowego nie słychać. Serce nie powiększone; tony czyste; działalność prawidłowa. Wątroba i śledziona nie macalne. 14. IV.: Chory blady. Dużo wilgotnych rzężeń w płucach. W lewej okolicy pośladkowej 2 niewielkie błyszczące grudki. 22. IV.: W plwocinie laseczników gruźliczych nie znaleziono. 4. V.: Od 9. IV. do 28. IV. gorączka wskutek nieżytu oskrzeli. Na twarzy kilka niewielkich tuberkulidów grudkowych. Na prawem oku dwa pryszczyki (phlyctaenae marginales). 6. V.: Na plecach, brzuchu i bokach klatki piersiowej wystąpiły obficie niewielkie guzki prosowate, noduli. Swędzenia nie ma. 8. V.: W okolicy lewej łopatki wtarto maść Moro. 11. V.: Odczyn Moro słabo dodatni. Na miejscu wcierania wystąpiły niewielkie guzki (noduli), różniące się od skóry prawidłowej większem zaróżowieniem. 12. V.: W niektórych guzkach można zauważyć wgłębienie. Do badania histologicznego wycięto niewielki kawałeczek skóry (tuberkulidu) z prawego boku klatki piersiowej. Badanie to wykazało obecność komórek nabłonkowatych, typowych komórek olbrzymich i laseczników gruźliczych. Odczyn Pirqueta przy przyjęciu do kliniki dodatni.

Przytoczone dwa przypadki są ciekawe i rzadkie pod względem obfitości tuberkulidów grudkowych; zwykle ich bywa niedużo, w opisanych przypadkach zdumiewała ich obfitość: w przypadku drugim całe plecy chorego dziecka były zasiane błyszczącemi grudkami. Przypadek pierwszy ciekawy jest i pod tym względem, że były takie objawy gruźliczego zapalenia opon mózgowych, jak nieprawidłowość tętna, sztywność karku, objaw Kerniga, znaczne ciśnienie płynu rdzeniowego, obecność w tym płynie wielkiej ilości limfocytów; z drugiej zaś strony brak wymiotów, nieobecność laseczników gruźliczych w płynie rdzeniowym, pomimo wielokrotnych badań, i stopniowe jakby polepszenie stanu chorego [2]), (co mojem zdaniem, do pewnego stopnia należy uzależnić od wielokrotnych nakłuć lędźwiowych) przemawia przeciwko rozpoznaniu gruźliczego zapalenia opon. Przypadek drugi pomimo obfitości małych tuberkulidów, ciekawy jest i pod tym względem, że w tuberkulidzie znaleziono laseczniki gruźlicze, co pozwoliło na umotywowane rozpoznanie ogólnej gruźlicy.

Wnioski moje są następujące:

1. Przy przypuszczeniu gruźlicy u niemowląt należy ściśle badać skórę.

2. Skórne tuberkulidy u niemowląt, są cennym rozpoznawczym objawem.

3. W takich instytucyach, jak Domy Wychowawcze,

[1]) Obydwa te przypadki były przedmiotem wykładu prof. E. Feera w zurychskiem Towarzystwie lekarskiem 16. V. 1914. przyczem przedstawiono chorych i histologiczne preparaty tuberkulidu drugiego chorego.

[1]) W klinice prof. Feera odczyn Pirqueta bywa stosowany u wszystkich bez wyjątku przyjmowanych chorych.

[2]) Chory ten, jak również i drugi, dotychczas (10. VI.) żyją.

pożądane jest stosowanie odczynu Pirqueta u wszystkich przyjmowanych chorych.

Piśmiennictwo. Prof. E. Feer: Lehrbuch der Kinderheilkunde, 1914 r. — Plaundler und Schlossmann: Handbuch der Kinderheilkunde, 1910, t. 4. — (C. Leiner: Tuberkulöse Erkrankungen der Haut, str. 519). — Rensburg: Jahrbuch für Kinderh., 1904, t. 59, z. 3. — J. S. Leopold and T. Rosenstern: Journ. of American med. Assoc. 1910, t. 2. Według ref. w Jahrbuch für Kinderh. 1911, t. 73, str. 519. — M. Lateinerówna: Tygodnik lekarski, 1911, Nr 3—5.

Spadek śmiertelności z gruźlicy i jego przyczyny.

Podał

Dr Ant. Kuczewski (z Zakopanego).

(Dokończenie.)

Co do umieszczania znowu beznadziejnych chorych w osobnych szpitalach aż do ich śmierci, to żadne państwo, nawet najlepiej pod tym względem postawione, jak Anglia i Dania, nie posiada dostatecznej ilości łóżek, aby odosobnić wszystkich takich chorych.

Nie pozostaje więc nic innego, jak nie zaniedbując budowania w dalszym ciągu uzdrowisk, szpitali i schronisk dla gruźliczych, zwrócić baczną uwagę na mieszkania chorych, przenieść część walki do obozu wroga, do samego siedliska zarazy. Jest rzeczą zrozumiałą, że im gorsze są warunki, szczególniej im większe przepełnienie mieszkań ludnością, tem większą jest styczność zdrowych z chorymi i tem groźniejsze niebezpieczeństwo zarażenia się.

Nadto im mniej przestrzeni, czystego powietrza i słońca, tem większe u mieszkańców będzie usposobienie, tem podatniejszą gleba dla rozwoju gruźliczego zarazka. Ponieważ złe warunki mieszkaniowe w przeważnej mierze zależą od złego położenia społeczno-gospodarczego mieszkańców i w znacznym stopniu od niskiego stanu ich oświaty, oraz często są połączone ściśle z niedostatecznem ich odżywianiem, to cały kompleks tych ujemnych społeczno-higienicznych warunków, jeszcze bardziej będzie zwiększał usposobienie do gruźlicy.

Pomijając wszakże na razie to ostatnie, pod względem epidemiologicznym największe znaczenie będzie mieć ciasnota pomieszczenia, wywołująca ciągłą i ścisłą styczność zarażonego ze zdrowymi. Zwłaszcza spędzanie tak długiego czasu, jak w ciągu nocnego spoczynku, we wspólnym pokoju zdrowych z chorymi jest niebezpieczne pod względem szerzenia zarazy. Oddzielanie przeto chorego w osobnym pokoju, przynajmniej na czas snu, staje się niezbędnem.

Tu więc przy zwalczaniu zarazy znowu na plan pierwszy wysuwa się odosobnienie chorych od zdrowych. Nie będzie ono naturalnie tak doskonałe, jak oddzielenie chorego w osobnym zakładzie, ale w znacznej mierze zapobiegnie szerzeniu się choroby, zwłaszcza wśród dziecięcych, mniej odpornych ustrojów. W tym względzie trudno nie przyznać słuszności R. Kochowi, który uważa złe stosunki mieszkaniowe za jedno z najważniejszych źródeł powstawania i szerzenia się gruźlicy wbrew Newsholmeowi, który przeznacza im rolę tylko drugorzędnego, pomocniczego czynnika. Przytoczone przykłady, zaczerpnięte z rozmaitych krajów, potwierdzą tę hypotezę R. Kocha.

Nie jest to tylko przypadek, mówi ten uczony, że najwyższe liczby śmiertelności spotyka się nie w najbiedniejszych wschodnich prowincyach Prus, ale we względnie zamożnych, posiadających obszerne domostwa powiatach na północnem wybrzeżu morskiem, gdzie od wieków przechował się zwyczaj nocowania wspólnego całemi rodzinami w ciasnych, ciemnych, pozbawionych dopływu światła i powietrza, do szaf podobnych przestrzeniach, t. zw. »Butzen«. Uderza, że w północnej Szwecyi, w okręgu Norrbotten, gdzie istnieje tenże zwyczaj, również liczby śmiertelności są większe, niż w pozostałej części państwa. Co więcej, próba zaradzenia temu złemu, przedsięwzięta i stosowana od r. 1906 przez Szwedzkie Towarzystwo przeciwgruźlicze, dzięki poprawie warunków mieszkaniowych, systematycznemu usuwaniu chorych w posuniętym okresie choroby do schronisk oraz uświadamianiu ogółu, wydała już ten pomyślny wynik, że ilość dzieci, dotkniętych gruźlicą gruczołów, spadła tam o 20%, w niektórych zaś wsiach nawet o 50%. (28).

Kaup znowu podaje ciekawe badania angielskiego lekarza Darra-Maira (12), poczynione w 13 mniejszych miastach przemysłowych hrabstwa Yorkshire co do zależności śmiertelności na gruźlicę płuc od przewietrzalności mieszkań. Okazuje się, że wciągu dziesięciolecia od r. 1898 do 1907 r. w domach o dostatecznym przepływie przez nie powietrza (through houses) odnośna śmiertelność była o 15% niższa, niż w domach, szczelnie do siebie przytykających (back-to-back houses), która to różnica podnosi się do 20%, jeżeli ten drugi typ domów składa się na długie ulice-korytarze bez przecznic. Tyle co do zasadniczych przyczyn spadku śmiertelności gruźlicy płuc.

Jeżeli za przykładem Kaupa (11) przytoczone krzywe śmiertelności Anglii i Prus (tabl. VI), najpewniejsze i najchakterystyczniejsze w szeregu innych, rozbić na poszczególne odłamki według czasu, a zwłaszcza według płci i wieku, to analiza ta pozwoli z jednej strony głębiej wejrzeć w już rozpatrzone i wyjaśnić inne jeszcze czynniki, wywołujące spadek omawianej śmiertelności.

Zaczynając od r. 1866 krzywe angielskie dla obojga płci, utrzymując zresztą jednolity charakter spadku, coraz bardziej się rozchodzą, przytem z roku na rok zaznaczają się coraz pomyślniejszą różnicą na korzyść kobiecej śmiertelności. Pruskie krzywe odwrotnie ujawniają zwłaszcza od roku 1905, dążność coraz większego zbliżania się do siebie, choć na ogół śmiertelność u kobiet do r. 1907 była niższą, niż u mężczyzn.

Przechodząc do krzywych śmiertelności według wieku, zaznaczyć należy, że zupełnej ścisłości w zestawieniu dwóch tych państw co do wieku młodocianego i dziecięcego zastosować niepodobna, bo Prusy tylko od r. 1903 zaczęły przy różniczkowaniu statystyki według wieku uwzględniać osobno rubryki: zołzy i gruźlica gruczołów krezkowych (tabes mesenterica). Da się tylko powiedzieć o Anglii, posiadającej w tym względzie statystykę zupełnie dokładną, że tu w wieku 0—5 lat w okresie 1860—1905 daje się zauważyć spadek z 9,7 do 3,5 na 10.000, w wieku 5—10 lat z 4,6 do 2,0 i w wieku 10—15 lat z 8,3 do 3,0. W Pru-

sach natomiast co do wszystkich wymienionych okresów wieku krzywa zachowuje charakter poziomo biegnącej linii, mającej nawet czasem dążność do podnoszenia się choć nieznacznego, w górę. Prof. Kirchner w r. 1906 (33) i prof. Cornet w r. 1907 (9) zwrócili już uwagę na ten niepokojący objaw w pruskiej statystyce. Powstało odtąd całe piśmiennictwo, zajmujące się gorliwie badaniem przyczyn i wyszukiwaniem środków zaradczych na to zło, panujące zwłaszcza śród młodzieży w wieku szkolnym.

Co do wieku 15—20 lat pruska krzywa zachowuje również bieg poziomy bez znacznych wahań, gdy angielska wykazuje spadek prawie na 40% w ostatnich 25 latach.

Wielkie różnice w porównaniu z uprzedniemi zachodzą co do wieku 20—40 lat. Śmiertelność tu tak w Prusach, jak w Anglii stromo spada i staje się u mężczyzn wyższą niż u kobiet w obu krajach. W Anglii różnica ta z roku na rok rośnie, gdy w Prusach maleje: krzywe tu w r. 1907 nawet zbiegają się. Statystyka wykazuje, że to zwiększenie się śmiertelności z gruźlicy wśród kobiet należy odnieść wyłącznie do miejskiej ludności (11).

Różnice w przebiegu krzywych obu państw co do wieku 40—60 lat są zupełnie odmiennego charakteru, niż co do wieku młodocianego. Tu krzywa Anglii staje się bardziej poziomą od pruskiej. Ta druga dla wieku zwłaszcza 50—60 lat i wyżej stromo spada w dół. Przedłużenie wieku w podeszłym wieku w Prusiech należy odnieść przeważnie do wpływu ubezpieczenia społecznego od choroby i szczególniej od niezdolności do pracy. Trzy ćwierci wszystkich pobierających rentę inwalidów znajduje się w wieku przeszło 50 lat, a więcej niż połowa w wieku przekraczającym 60 lat.

W pierwszych już latach po wprowadzeniu tego ubezpieczenia w r. 1891—1895 w przybliżeniu 14000 mężczyzn i 1500 kobiet, zajętych w wielkim przemyśle i górnictwie, oraz 7000 mężczyzn i 1100 kobiet pracujących na roli, pobierało rentę z powodu gruźlicy (11). Po upływie szeregu lat ilość ubezpieczonych, niezdatnych do pracy z powodu gruźlicy wielokrotnie się zwiększyła. Dzięki wydatnej poprawie warunków bytu przez otrzymanie renty życie tych inwalidów znacznie się przedłużyło. Przed wprowadzeniem ubezpieczenia społecznego wszyscy ci chorzy musieli szukać schronienia w domach dla ubogich. Obecnie zaś zostają w domu własnym, na którego utrzymanie daje środki pobierana renta. Najlepszym tego dowodem jest fakt, że według Kaupa (11) w siódmem dziesięcioleciu w pruskich szpitalach umierało około 40—50% leczonych na gruźlicę chorych, w ostatnich zaś czasach tylko 10—15%. Co najważniejsza wszakże, to średni pobyt takich chorych w szpitalach trwa dość krótko, około 5—6 tygodni przed śmiercią według przytoczonego autora. Wynika stąd, że odosobnienie chorych w posuniętym okresie choroby odbywa się w Prusiech w zakresie conajmniej niezadowalającym. Następstwem tego zjawiska jest zarażanie się otoczenia od chorych, zwłaszcza małych dzieci, które wobec zatrudnienia rodziców poza domem oddawane bywają pod opiekę pielęgnujących je starców-inwalidów. W tem właśnie może należy szukać źródła, dlaczego tak nieznacznie spada gruźlica w wieku dziecięcym i młodzieńczym w Prusach.

Przytoczony wyżej przykład mocno zakażonych gruźlicą gmin w północnej Szwecyi jest jednym jeszcze dowodem na potwierdzenie tego przypuszczenia. W parafii Neder-Lulea spostrzegano właśnie (28) wielką ilość zachorowań na gruźlicę przeważnie gruczołową u dzieci. Wobec zupełnego braku perlicy u bydła w całej tej dzielnicy państwa należało szukać źródła zachorowań gdzieindziej. Niewątpliwie są niem starzy, opiekujący się dziećmi, śród których odsetka chorych na gruźlicę płuc według Neandera jest bardzo wysoka. Gdy tych piastunów udało się oddzielić do osobnych schronisk i szpitali, ilość zachorowań śród dzieci, o czem wyżej była już mowa, spadła znacznie.

Z analizy przeto krzywych śmiertelności na gruźlicę dwu państw najwybitniejszych pod względem walki z tą chorobą wynika znowu, że odosobnianie ciężko chorych odgrywa w spadku gruźlicy pierwszorzędną, zasadniczą rolę, przyciemniającą inne odnośne czynności.

Nadto widzieliśmy wpływ ubezpieczenia społecznego w Prusach na zmniejszanie się śmiertelności z gruźlicy.

Jeżeli przejdziemy do stosunków płci w wieku lat 20—40, to na podstawie powyższej analizy powinniśmy stwierdzić przedewszystkiem, że w tym wieku gruźlica zabiera największą ilość ofiar, a powtóre, że w Prusiech daje się spostrzegać zwiększanie się śmiertelności śród kobiet, co niewątpliwie należy przypisać wciągnięciu ich w wir pracy zarobkowej poza domem, zwłaszcza w przemyśle.

Jeżeli dalej zastanowić się nad krzywą pruską, to uderzyć nas powinno wśród prędkiego stromego jej spadania od r. 1886 nagłe zatrzymanie się jego (tabl. VI) w okresie 1899—1905 r.; w ciągu wymienionych 6 lat śmiertelność z gruźlicy bardzo słabo się waha. W Anglii w tymsamym czasie spostrzega się również spłaszczenie krzywej. Bulstrode w swem dziele: »Sanatoria for Consumption and certain other Aspects of the Tuberculosis Question« może nie bez słuszności upatruje źródło tego zjawiska w depresyi, jaka wówczas panowała we wszechświatowym przemyśle i handlu. Ale jeżeli zwrócić uwagę na pomyślny zwrot od r. 1905 w pruskiej krzywej, która znowu stromo zaczęła spadać, to trudno nie przyznać słuszności B. Fränklowi, twierdzącemu, że wpłynął na to niezwykły ruch sanatoryalny, jaki od końca dziewiątego dziesięciolecia zeszłego wieku rozwinął się w Niemczech. Rzeczywiście z 243 łóżek w r. 1892 liczba miejsc w uzdrowiskach ludowych tego państwa wzrosła do 8422 w r. 1907. Liczba chorych, leczonych w uzdrowiskach z 3334 w r. 1897 podniosła się do 42232 w r. 1909 (34). Pomijając, że coraz znaczniejsza ilość chorych odzyskuje w tych zakładach leczniczych coraz trwalszą zdolność do pracy, podnieść należy niemałe ich znaczenie pod względem izolacyjnym. Nie może przecie pozostać bez wpływu, że roznosiciele zarazka choć przez niedługi czas nie mogą go szerzyć. Nadto B. Fränkel (7) podkreśla, że około $^{1}/_{8}$ chorych, u których są prątki w plwocinie, pozbywa się ich po przeprowadzeniu leczenia w sanatoryach. Poza Niemcami w Danii potężny ruch sanatoryalny niewątpliwie wpłynął na obniżenie gruźlicy w tym kraju, jeżeli zwłaszcza uwzględnić, że do duńskich uzdrowisk ludowych wbrew wzorom niemieckim bywają przyjmowani w znacznej mierze ciężko chorzy (28), przez co izolacyjne znaczenie tych uzdrowisk zyskuje w porównaniu z niemieckiemi. Gdyby właśnie uzdrowiska niemieckie zechciały, stosownie do nalegań Grotjahna (10), Kaupa (11),

Gottsteina (23), Corneta (9) i innych, zmienić swój dotychczasowy charakter, wyłącznie leczniczy i pójść w kierunku, w jakim idą tego rodzaju zakłady krajów skandynawskich (28) i Anglii, to niewątpliwie ich wpływ na spadek śmiertelności z gruźlicy byłby znacznie od obecnego większy.

Poza wszystkimi rozpatrzonymi czynnikami niektórzy autorzy, zwłaszcza w Szwajcaryi, w Saksonii i na Węgrzech (Schmied, Roesle i Kuthy) upatrują dodatni wpływ wysokości położenia miejscowości na zmniejszanie się gruźlicy u mieszkańców gór; ma ona stopniowo spadać w miarę wznoszenia się ponad poziom morza. W katalogu szwajcarskiego oddziału Drezdeńskiej wystawy higienicznej z r. 1911 na str. 172 przytoczono następującą tablicę, stwierdzającą powyższą tezę:

Tablica VII.

Umarło na gruźlicę 1904—1908 r.

Wysokość metrów	Gruźlica płuc	Gruźlica innych narządów	Razem
200—400	21·6	7·7	29·3
400—700	19·0	8·2	27·2
700—900	17·2	7·7	24·9
900—1200	17·0	7·2	24·2
ponad 1200	16·6	6·3	22·9

Spór, jaki toczy się między badaczami w tej sprawie, co tu mianowicie i w jaki sposób wpływa na obniżenie się odnośnej śmiertelności, nie jest jeszcze rozstrzygnięty, jak również niema zupełnej zgody w świecie uczonych co do szkodliwości wpływu alkoholu na powstawanie i rozwój gruźlicy.

Wybitni wszakże współcześni znawcy tej sprawy: Bertillon i G. von Bunge są przekonani o bezwzględnie ujemnym wpływie używania napojów wyskokowych na szerzenie się gruźlicy. Ogólnie znane tablice Bungego dowodzą wyraźnie współzależności między skalą nadużywania alkoholu przez ojca i częstością gruźlicy u dzieci.

Dużoby dało się jeszcze powiedzieć w sprawie znaczenia i wpływu rozpatrzonych czynników na spadek śmiertelności z gruźlicy i ich wzajemnej współzależności. Niemało już napisano i spierano się, któremu z nich przeznaczyć główną rolę w sprawie zmniejszenia się gruźlicy.

Powyżej rozpatrzona hypoteza R. Kocha, poparta przez Newsholmea, wskazała jedynie słuszną zasadę, że z gruźlicą, chorobą zakaźną, należy przedewszystkiem walczyć tak, jak z innemi chorobami zakaźnemi.

Bezsprzecznem również zostaje, że spadek śmiertelności z gruźlicy zależy w znacznej mierze od wiedzy, energii i planowego, zrzeszonego działania ludzkiego, t. j. innemi słowy od woli człowieka. Uzasadnioną przeto jest nadzieja, że, jeżeli wysiłki ludzkie w tym kierunku nie osłabną, to nadejdzie czas zupełnego zwycięstwa człowieka nad gruźlicą. A więc: »Allzeit: Volldampf voraus!«, jak wołał w ostatniem swem przed śmiercią przemówieniu sędziwy B. Fränkel.

Piśmiennictwo: 1. Public Health and Social Conditions. Statistical memoranda and Charts, prepared in the Local Government Board. Lond. 1909. — 2. Arthur Newsholme: The Journal of Hygiene. Vol. VI. 3. — 3. Rob. Koch: Zeitschr. f. Hyg. tom 67, cz. 1. — 4. Tenże: Address to British Congress on Tuberculosis. Wydanie tegoż kongresu, t. 1, str. 52. — 5. Tenże: Mowa przy przyjęciu nagrody Nobla d. 12. grudnia 1905. Lancet z 26. V. 1906. — 6. L. Flick: The Hospital for advanced Cases of Tuberculosis. 1909. — 7. B. Fränkel: Berl. klin. Woch. 1908. Nr 12. — 8. Tenże: Berl. klin. Woch. 1909, Nr 45. — 9. Cornet: Die Tuberkulose. Wien 1907. — 10. Alfred Grotjahn: Soziale Pathologie. Rozdział: »Die Tuberkulose«. Berl. 1912. — 11. I. Kaup: Betrachtungen über die Bekämpfung der Tuberkulose in einigen Ländern. Berl. 1910. — 12. Tenże: Deutsch. med. Woch. 1912. Nr 14. — 13. W. C. Bosanquet: Lancet, 31. I. 1914. — 14. Shibasaburo Kitasato: Sixth internat. Congress on Tuberculosis. Washingt. 1908. — 15. Nathan Raw: Lanc. 8. XI. 1913. — 16. Tenże: The Journ. of State med. 1912, t. 20, Nr 2. — 17. Flügge: Die Verbreitungsweise und Bekämpfung d. Tuberkulose 1908. — 18. L. Brauer: Beitr. zur klin. d. Tuberkulose. 1905, str. 97. — 19. Lexis: Bulletin de l'Institut internat. de Statistique. 1909. t. 18, cz. 1. — 20. Mirmann: Revue d'hygiène, t. 34, Nr 10. — 21. Mosse: Berl. klin. Woch. 1911, Nr 51. — 22. J. Katz: Tamże, 1912, str. 407. — 23. A. Gottstein: Berl. klin. Woch. 1909, Nr 48. — 24. Nietner: Tuberkulose w dziele: »Soziale Kultur und Volkswohlfahrt während der ersten Regierungs Jahre Kais. Wilhelm II«. Berl. 1913. — 25. Kayserling: Tuberkulose. Tamże. — 26. Alfred Hillier: The Prevention of Consumption. Lond. 1903. — 27. T. Dunin: Walka z gruźlicą. Warszawa 1899. — 28. Ant. Kuczewski: Walka z gruźlicą w krajach skandynawskich. Głos lekarzy, 1914, Nr 10. i 12. — 29. Tenże: Sprawozdanie z XI. Zjazdu przeciwgruźliczego. Lek. Wileński 1913. Nr 10. — 30. Th. Sörenson: De ökonomiske Forholds og Beskjaeftigelsens Indflydelse paa Dödelighe. Kjöbenhavn. 1884. — 31. Westergaard: Lehre von der Mortalität und Morbidität. Jena 1901. — 32. F. M. Blumenthal: Obszczestwiennaja borba s tuberkulozom. Moskwa 1911. — 33. Prof. Kirchner: Die Tuberkulose und die Schule. Berlin 1906.— 34. Nachrichten des Reichs-Versicherungs-Amtes. 1910. — 35. The Work of the Womens National Health Association of Ireland by the Countess of Aberdeen. 1912. — 36. Lawrason Brown: w dziele: The Control and Eradication of Tuberculosis. Edint. 1911. Rozdział XXI. — 37. W. G. van Gorkom: Tamże, rozdz. XXX. — 38. Klaus Hanssen: Tamże, rozdz. XXVIII. — 39. A. W. Nikolsky: Tamże, rozdz. XXVI. — 40. A. Wladimiroff: Kurzer Bericht über die Tuberkulose-Bekämpfung in Russland bis zum 1. Jän. 1913. — 41. Armas Ruotsalainen: Der heutige Stand des Kampfes gegen die Tuberkulose in Finnland. Helsinki 1913. — 42. Chr. Jensen: Tuberculosis, 1913, Nr 7.— 43. G. Sandison Brock: w dziele wspomnianem pod liczbą 36, rozdział XXVII. — 44. Lenhoff: Med. Reform, 1912, Nr 19. — 45. C. Degli Occi: Ztschr. für Tuberk., t. XXI, zeszyt 4. — 46. Prof. E. Almquist: Das Vorkommen der Schwindsucht in den Städten Schwedens 1861—1910 w dziele, wydanem przez Svenska Nationalforeningen suot tuberkulos 1913. — 47. Ed. Fuster: La Presse Medic. 1913, Nr 50. — 48. Weiterer Rückgang d. Tuberkulosesterblichkeit. Tuberculosis, 1914, Nr 4.

O reinjekcyi surowicy przeciwbłoniczej.

(Dalszy przyczynek na zasadzie spostrzeżeń z praktyki własnej. Odczyt zgłoszony na II Zjazd lekarzy prowincyonalnych Król. Polsk. w Lublinie i na Zjazd higienistów polskich we Lwowie).

Podał

Dr Wincenty Puławski (Radziejów, gub. Warszawska).

(Ciąg dalszy).

Oto są krótkie dane faktyczne, dotyczące spostrzeganych ośmiu przypadków reinjekcyi. Dla łatwiejszej oryentacyi zestawiłem najgłówniejsze dane w tablicy I; teraz zaś uwydatnię tylko ogólne cechy charakterystyczne, dotyczące objawów posurowiczych, a więc:

W przypadku pierwszym (61) po pierwotnem wstrzyknięciu nie było wcale wysypki posurowiczej; natomiast po reinjekcyi, dokonanej w rok i kwartał później, były objawy posurowicze w postaci wysypki wielopostaciowej, mieszanej, między siódmym a dziewiątym dniem po wstrzyknięciu z przebiegiem zwykłym. W obu razach wstrzyknięto

2000 jedn. ochron. surowicy Palmirskiego w objętości 10 cm sześć. za każdym razem.

W przypadku drugim (62) wysypki nie było wcale po reinjekcyi 2000 jedn. ochron. w objętości 8 cm sześć., dokonanej po upływie półtora roku od czasu pierwotnej injekcyi także 2000 jedn. ochron. w objętości 10 cm sześć., po której była dosyć obfita pokrzywka między 7. a 9. dniem po wstrzyknięciu z przebiegiem zwykłym.

W przypadku trzecim (63) po reinjekcyi 2000 jedn. ochron. objętości 8 cm sześć. występowała między 7 a 9 dniem pokrzywka umiarkowana o zwykłym przebiegu. Pierwotne wstrzyknięcie, dokonane przed $12^1/_2$ laty w ilości 2000 jedn. ochron. w objętości 20 cm sześć., dało objawy nader obfitej pokrzywki przez 8. i 9. dzień po wstrzyknięciu.

W przypadku czwartym (64) po wstrzyknięciu pierwotnem 2000 jedn ochron. objętości 8 cm sześć. 250-krotnej surowicy z Höchst wystąpiła na 8. i 9. dzień potem umiarkowana pokrzywka. Reinjekcya nastąpiła po upływie lat trzech w dawce czterokrotnie większej, czyli 8000 jedn. ochron. w czterech dawkach objętości 32 cm sześć. surowicy Palmirskiego w ciągu 36 godzin ze skutkiem jaknajlepszym i nader efektownym u osłabionego i wątłego, chorego na ciężki dławiec błoniczy dziecka, które przez otoczenie najbliższe uznane było za bezwarunkowo stracone. Objawy nadzwyczaj umiarkowanej i rzadkiej pokrzywki występowały między czwartym a szóstym dniem po wstrzyknięciu pierwszej dawki; były one zaledwie dostrzegalne. Na trzeci dzień po zniknięciu wysypki wystąpiły bóle w mięśniach kończyn, zwłaszcza dolnych, szczególnie ud; trwały one przez trzy doby, zjawiając się przy ruchach nóg i przy ucisku na mięśnie, i nie były zbyt uciążliwe dla chorego dziecka. Znikły one czwartego dnia bez żadnej zgoła interwencyi. Przypuszczam, że powodem zjawienia się ich było nagromadzenie się w mięśniach produktów pozajelitowej przeróbki większej ilości obcej surowicy, wprowadzonej do ustroju, czyli wytworów przejściowych rozkładu białka tej surowicy. Nie było to zależne od reinjekcyi, gdyż i pierwotne wstrzyknięcia większej ilości surowicy wywołują również takiesame objawy ze strony mięśni.

W przypadku piątym (65) zarówno po wstrzyknięciu pierwotnem, dokonanem w ilości 1000 jedn. ochron. w objętości 6 cm sześć., jak i po reinjekcyi, dokonanej po upływie lat czterech w ilości 2000 jedn. ochron. w objętości 6,8 cm sześć., żadnych objawów posurowiczych nie było.

W przypadku szóstym (66) reinjekcya, dokonana po upływie trzech lat w ilości 2000 jedn. ochron. w objętości 6,8 cm sześć., nie wywołała żadnych objawów posurowiczych, gdy wstrzyknięcie pierwotne 2000 jedn. ochron. w objętości 10 cm sześć. dało objawy pokrzywki na 8. i 9. dzień po wstrzyknięciu przy zwykłym przebiegu.

W przypadku siódmym (67) zarówno wstrzyknięcie pierwotne 2000 jedn. ochron. w 10 cm. sześć. jak i reinjekcya, dokonana po upływie $1^1/_4$ roku w ilości 2000 jedn. ochron. w objętości 6,8 cm sześć, nie dały żadnych objawów posurowiczych.

W przypadku ósmym (68) po wstrzyknięciu pierwotnem surowicy Aronsohna w ilości 3000 jedn. ochron. w 15 cm sześć. w jednej dawce wystąpiła na siódmy dzień potem bardzo obfita wielopostaciowa wysypka mięszana (rash, urticaria, sudamina?), trwająca przez cztery doby. Po upływie lat trzech dokonano reinjekcyi w ilości 6000 jedn. ochron. w objętości 12 cm sześć. surowicy 500-krotnej z Höchst (również w Toruniu) w dwóch dawkach bez żadnych zgoła objawów posurowiczych. Po drugiej reinjekcyi, dokonanej w dwa lata później, czyli w pięć lat po pierwotnej, w ilości 2000 jedn. ochron. w objętości 6,8 cm sześć. surowicy warszawskiej, również żadnych zgoła objawów posurowiczych nie było.

Oto są możliwie krótkie dane, dotyczące spostrzeganych ośmiu przypadków pod względem objawów posurowiczych; dla łatwiejszej oryentacyi zestawiłem je w powyższej tablicy I. Przytaczać szczegółowszy opis przebiegu choroby i zdrowienia tych przypadków uważam za zbyteczne, choć są one w wielu razach nader ciekawe, przejdę natomiast do uwydatnienia głównych cech charakterystycznych, dotyczących różnych okresów działania wstrzykniętej surowicy. We wszystkich streszczonych powyżej przypadkach reinjekcyi nie zauważyłem żadnych innych objawów posurowiczych prócz zwykłych tych, które występowały po wstrzyknięciach pierwotnych surowicy. A więc: wysypka występowała między 4. a 16. dniem po wstrzyknięciu, najczęściej w postaci pokrzywki, rzadziej w postaci rumienia (rash) lub w wielopostaciowej formie mieszanej; była wędrującą po powierzchni skóry, najczęściej silniej lub słabiej swędzącą i znikała bez śladu i bez łuszczenia się po upływie jednego, dwóch, lub trzech dni. Z 8 przypadków reinjekcyi tylko w 3 były objawy wysypkowe, a w jednym przytem i bóle mięśniowe; w pozostałych 5 przypadkach nie było zupełnie żadnych objawów posurowiczych, przytem w piątym i siódmym nie było ich również i po wstrzyknięciach pierwotnych, a w drugim, szóstym i ósmym po wstrzyknięciach pierwotnych był odczyn posurowiczy. W przypadku ósmym przytem, reinjektowanym dwukrotnie, nie było odczynu po obu reinjekcyach, to też nazwałem go z tego powodu niezmiernie ciekawym. Trzy reinjekcye z odczynem posurowiczym dały po wstrzyknięciach pierwotnych dwukrotnie również odczyn posurowiczy, jedna tylko precedensu tego nie miała.

Ciepłota ciała podczas wykwitów skórnych zwykle pozostawała prawidłową lub wznosiła się zaledwie tylko o kilka dziesiątych stopnia. Mocz nigdy nie zawierał białka, zwykle był jasny i dosyć obfity. Zbiór objawów ogólnych, towarzyszących zjawiającej się wysypce przed lub w czasie jej pokwitania na powierzchni skóry, nigdy nie przechodził poza tę granicę objawów, jakie zwykliśmy spostrzegać przy nagłem występowaniu wszelkiego rodzaju samorodnych wysypek na powierzchni skóry, a zwłaszcza pokrzywki, t. zw. idiosynkratycznej, na tle podrażnienia naczynioruchowego. Do objawów tych zaliczają się również i bóle mięśniowe, które szczególniej potęgują się n. p. przed wystąpieniem t. zw. półpaśca (herpes zoster), należącego również jak i pokrzywka, do zjawisk sfery naczynioruchowej. Naogół powiedziałbym, że wysypki posurowicze często występują nie tak burzliwie, niekiedy nawet bez żadnych zgoła przedwstępnych objawów; wysypka występować zaczyna dość często na skórze chorego nawet po pierwotnych wstrzyknięciach bez żadnych dolegliwości, któreby mogły zwrócić na siebie jego uwagę, tak, że bywa nieraz spostrzeżona dopiero przez osoby z najbliższego otoczenia lub przez lekarza. W miarę zwiększania się ilości plam wysypkowych i ich wędrówki po powierzchni skóry zjawiać się dopiero zaczyna swędzenie, pieczenie lub pobolewanie, wogóle najczęściej o wiele mniej dokuczliwe, niż w razie wysypki, występującej samorodnie, bardzo swędzącej i pałającej. Jest to jedna z najważniejszych i dosyć częstych cech charakterystycznych wysypek posurowiczych.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarzy gubernii lubelskiej.

(Protokoły posiedzeń od dnia 1. I. do 4. VII. 1914 r.).

Sprawozdawca **Dr W. Jasiński** (Lublin).

I. Posiedzenie zwyczajne z d 5. I. 1914.

Przewodniczący S. Dobrucki, sekretarz J. Czarnecki. Obecnych 20 członków.

1. S. Dobrucki przedstawia a) 2 preparaty pęcherzyków żółciowych, usuniętych w przebiegu przewlekłej kamicy.

b) preparat wyrostka robaczkowego, usuniętego w ciągu 1. doby ostrego napadu — operacyę wykonano w znieczuleniu miejscowem.

2. A. Majewski przedstawia chorego, u którego z powodu mięsaka lewego migdałka dokonał bocznego rozcięcia gardzieli (pharyngotomia) sposobem A. Rydygiera.

J. St. l. 52, chory od lipca 1913; narzekał na uczucie suchości i bóle gardła, leżał w jednym ze szpitali lubelskich, gdzie mu przecięto wrzekomy wrzód; połykanie utrudnione, chwilami objawy duszności. — Wzrost średni, budowa dobra, odżywienie upośledzone. Narządy klatki piersiowej i jamy brzusznej bez zmian chorobowych. Szyja średnio długa i szeroka, gruczoły szyi lewostronne wzdłuż m. mostko-obojczyko-sutkowego i pod dolną szczęką na przednim brzegu żwacza dobrze macalne. W jamie gardłowej lewy przedni łuk podniebienny obrzękły, przekrwiony — poza nim guz wielkości jaja kurzego, zbitości elastycznej, w części środkowej guza owrzodzenie podłużne. Guz wychodzi z migdałka, przechodzi na tylny łuk i na tylną ścianę gardła — ku górze zajmuje podniebienie miękkie aż do podstawy języczka; guz nie chełboce, na ucisk niebolesny. — Dnia 17. XI. 1913 r. w uśpieniu morfino-chloroformowem odsłoniłem szyję cięciem podłużnem od wyrostka sutkowego wzdłuż mięśnia m-ob-sutkowego aż do mostka; drugiem cięciem poprzecznie przez szyję — $^3/_4$ cm ponad kością gnykową, poczynającem się od połowy rogu większego kości gnykowej strony zdrowej i idącem aż do pierwszego cięcia — tworzymy dwa trójkątne płaty. Górny z nich odpreparowujemy aż do dolnej krawędzi żuchwy i umocowujemy szwem tymczasowym do policzka; wycinamy wszystkie gruczoły chłonne podszczękowe i śliniankę podszczękową strony chorej. Odpreparowujemy w pierwszem cięciu wielkie naczynia szyi, usuwając gruczoły chłonne. Pogłębiamy następnie cięcie poprzeczne, przecinając po stronie chorej mm. biventer, mylohyoideus, hyoglossus i stylohyoideus, odłuszczamy guz (na tępo lub nożyczkami Coopera), otwieramy gardło i wprowadziwszy w otwór palec, wycinamy pod jego kontrolą guz i sąsiednie tkanki, po wycięciu guza zeszywamy mięśnie odcięte od kości gnykowej dla zapobieżenia opadaniu krtani. Rany bocznej w dolnej części nie zaszyłem, lecz wypełniłem aż do jamy ustnej gazą jodoformową. Po operacyi chorego ułożono głową na dół na 3 dni; w ciągu dwu dni karmiono chorego zapomocą zgłębnika, następnie począł sam łykać. Przebieg po operacyi bez powikłań, wypisał się w 4 tygodnie, jako wyleczony. — Badanie mikroskopowe (Dr Płaczkiewicz) stwierdziło mięsaka. W chwili obecnej (w 6 tygodni po operacyi) chory na nic nie narzeka, mówi dobrze i czysto; miejsce jednak po wyciętym guzie pokryła ziarnina, której część dawniej usunąłem dla zbadania pod mikroskopem, czy niema wznowy. (Autoreferat).

W dyskusyi Dobrucki i Czarnecki zauważyli, że chory już ma nawrót nowotworu.

3. M. Arnsztajn odczytał referat »O leczeniu gruźlicy szczepionką Friedmana«.

4. Odczytano odezwę Związku równouprawnienia kobiet z prośbą o wypowiedzenie się Towarzystwa w sprawie zniesienia reglamentacyi prostytucyi, a to w celu wysłania odnośnego wniosku do Izby państwowej. Po ożywionych rozprawach (Borsukiewicz, Kiełczewski, Czerwiński, Dziemski, Arnsztajn) uproszono Arnsztajna i Borsukiewicza o zreferowanie tej sprawy na jednem z posiedzeń Towarzystwa.

5. Uchwalono przesłać inspektorowi lekarskiemu żądającemu opinii Towarzystwa w sprawie walki z cholerą, protokół z r. 1907, jako wyraz żądań Towarzystwa, dotąd nie spełnionych.

6. Rozważano wnioski p. Jankowskiego a) co do konieczności naradzenia się lekarzy w sprawie ich stosunku do kas chorych — uproszono wnioskodawcę, by zwołał zebranie lekarzy lubelskich w tej sprawie; b) co do zaproszenia do komitetu organizacyjnego Zjazdu lekarzy, nie należących do Towarzystwa — sprawę uznano za przesądzoną na poprzednich posiedzeniach, kiedy zdecydowano zastosować się do opracowanego w Łodzi regulaminu Zjazdów.

7. Odczytano projekt regulaminu Zjazdów i wybrano komisyę (Czerwiński, Dziemski, Modrzewski) do przedstawienia na następnem posiedzeniu z odnośnemi uwagami.

II. Posiedzenie zwyczajne z d. 4. II. 1914.

Przewodniczący Dobrucki, sekretarz W. Jasiński.
Obecnych członków 17, gości 4.

1. A. Żebrowski przedstawia:

a) przypadek ropnicy pochodzenia usznego:

U 11-letniej dziewczynki w drugim tygodniu płonicy, powikłanej dyfteroidem gardzieli i jamy noso-gardzielowej, wystąpiły objawy ropnego zapalenia prawego ucha środkowego i prawego wyrostka sutkowego. Po kilku dniach ropienia z ucha zjawiły się objawy ropnicy (skoki ciepłoty, dreszcze wstrząsające, bolesność przy ucisku żyły szyjowej. — Dokonano wydłutowania wyrostka sutkowego z obnażeniem zatoki esowatej (na przestrzeni 4 cm) i znaleziono duży ropień okołozatokowy (absc. perisinuosus). W wyrostku sutkowym znaleziono kilka ognisk ropnych, kość wyrostka rozmiękczona, przekrwiona i miejscami przepojona gęstą ropą. Po wykonaniu operacyi kostnej, podwiązano żyłę szyjową wspólną i usunięto duży gruczoł, leżący tuż na żyle (Dr Jankowski). Przebieg pooperacyjny był bardzo ciężki: dreszcze wstrząsające, skoki ciepłoty i stan ropnicowy trwały 12 dni — oprócz leczenia środkami podtrzymującemi działalność serca, stąsowano 6-krotnie śródmięśniowe wstrzykiwanie elektrargolu (Dr Korczak), co niewątpliwie wywarło wpływ dodatni na przebieg ropnicy w tym przypadku, 4. dnia po operacyi wykonano przecięcie próbne obrażonej zatoki esowatej, z której słabym stosunkowo strumieniem (zakrzep przyścienny?) wylała się płynna krew. — 13. dnia po operacyi dreszcze stały się rzadsze, ciepłota obniżyła się, wreszcie nastąpiło stopniowe zupełne wyzdrowienie. W 7 tygodni po operacyi rany (kostna i na szyi) zabliźniły się, ucho suche, słuch normalny, wynik kosmetyczny b. dobry. (Autoreferat).

b) Przypadek twardzieli nosa, krtani i języka.

Chory ma lat 45; już 13 lat temu z powodu duszności dokonano tracheotomii (Majewski) i chory dotąd nie rozstaje się z rurką. Obecnie widzimy ogromne zniekształcenie nosa, wywołane przez olbrzymie nacieki, które z prawej strony nosa przebijają skórę i przedostają się na zewnątrz; krtań otoczona również zewsząd (głównie od nagłośni) naciekami twardzieli. Rzadkiem bardzo jest umiejscowienie licznych guzów twardzieli na nasadzie języka. Struny głosowe prawdziwe nacieczone są stosunkowo nieznacznie. (Autoreferat).

c) Przypadek przymiotu krtani:

Chory lat 35, lues przed 6 laty, nacieki krtani i w tym przypadku spowodowały tracheotomię (Majewski), poczem znaczną część nacieków usunięto endolaryngealnie. Obecnie chory może oddychać przy zatkanej rurce, która po

usunięciu reszty nacieków zostanie zupełnie usuniętą. (Autoreferat).

2. S. Dobrucki przedstawia chorego, operowanego z powodu przewlekłego wgłobienia — rozpoznanie guza nastręczało poważne trudności i postawione zostało dopiero podczas operacyi.

3. Cz. Czerwiński przedstawia preparaty:

a) Włókniak macicy, wielkości główki noworodka, wychodzący z tylnej ściany szyjki — preparat otrzymano drogą amputacyi nadpochwowej.

b) macicę, wydobytą drogą operacyi brzusznej wraz z jajnikami i jajowodami z powodu raka trzonu.

c) preparat macicy z jajowodami i jajnikami, amputowanej nadpochwowo z powodu haematometra i haematosalpinx bilateralis. Zabiegu dokonano metodą Kelly, wskazaną w przypadkach, gdzie przydatki pokryte są zrostami otrzewnej, uniemożliwiającemi dostęp do nich z góry. Metoda polega na przepołowieniu macicy, amputowaniu nadpochwowo każdej części osobno, przyczem stosunkowo łatwo, idąc od dołu ku górze, można wyłuszczyć każdą połowę wraz z jajnikiem i jajowodem z otaczających ich zrostów. Na załączonych obydwu połówkach widać ogromne rozszerzenie kanału jajowodów, komunikujących szerokiemi wrotami z jamą macicy. (Autoreferat).

4. J. Modrzewski pokazuje ząb retencyjny, wyjęty drogą operacyi kostnej; na załączonym rentgenogramie widać usadowienie zęba. Chory ten przed kilku laty operowany był (w Poznaniu) z powodu promienicy – zachodzi pytanie, czy ten sam ząb retencyjny nie nasunął wówczas podejrzenia co do promienicy.

5. Odczytano i przyjęto po dyskusyi regulamin Zjazdów z poprawkami komisyi.

6. Wysłuchano sprawozdania sekretarza komitetu organizacyjnego co do przebiegu prac komitetu.

III. posiedzenie (nadzwyczajne) z d. 18. II. 1914.

Przewodniczący S. Dobrucki, sekretarz W. Jasiński.
Obecnych 13 członków, 5 gości.

1. Wysłuchano referatów M. Arnsztajna i P. Borsukiewicza w sprawie zniesienia reglamentacyi prostytucyi, i po ożywionej dyskusyi przyjęto wnioski następujące w redakcyi referentów:

a) z uwagi, że domy publiczne chybiają celu, gdyż nie zabezpieczają od szerzenia chorób zaraźliwych, i nie mogą pomieścić wszystkich kobiet, zajmujących się nierządem, są zaś jawnemi ogniskami zgorszenia i dogodnymi etapami handlu żywym towarem, L. Tow. lek. oświadcza się za zniesieniem domów publicznych.

b) z uwagi, że reglamentacya prostytucyi jest — nielegalną, gdyż gwałci przyrodzone prawo swobody jednostek — niesprawiedliwą, gdyż w środkach represyjnych nie traktuje na równi kobiet i mężczyzn — nieobyczajną skutkiem przymusowego poddawania kobiet oględzinom lekarskim — niewystarczającą, gdyż nie jest w stanie objąć wszystkich kobiet, roznoszących zarazę, a jest powodem zgorszenia, gdyż uprawnia nierząd, jako proceder — Lub. Tow. lek. oświadcza się za zniesieniem reglamentacyi.

Poza tem wypowiedziano pod adresem Związku równouprawnienia kobiet życzenie, by nie czekając na wynik akcyi, jaka ma być wszczętą w Izbie państwowej, opracowała inne sposoby i środki zwalczania nierządu.

IV. posiedzenie zwyczajne z d. 4. III 1914 r.

Przewodniczący S. Dobrucki, sekretarz W. Jasiński.
Obecnych 18 członków, 7 gości.

1. Przewodniczący wita gościa z Warszawy Dr J. Brunnera, który przybył łaskawie na posiedzenie Towarzystwa, by wygłosić odczyt.

2. W. Jasiński przedstawia przypadek wrodzonego niedorozwoju chrząstek (mikromelia) u 14-miesięcznego dziecka. J. zwraca uwagę na charakterystyczne cechy tego zboczenia, jak duży obwód czaszki, nos siodełkowaty, długi tułów i krótkie kończyny, atletyczną budowę pośladków, fałdy (obrączki) skóry na udach i ramionach, bardzo charakterystyczne dłonie (main en trident). Oprócz objawów mikromeliae J. stwierdza u dziecka cechy krzywicy (skrzywienie kręgosłupa, wklęśnięcia boczne klatki piersiowej, obfite poty), co przeczyłoby kategorycznemu poglądowi Hochsingera, że obiedwie te sprawy wykluczają się wzajemnie.

Na kilku rentgenogramach uwydatniono zmiany w chrząstkach (wstrzymanie kostnienia śródchrząstkowego), oraz charakterystyczne zgrubienia okostnej.

3. A. Żebrowski przedstawia chorego po doszczętnej operacyi wyrostka sutkowego, oraz rentgenogram tegoż chorego z wybitnie zaznaczoną na zdjęciu zatoką poprzeczną.

4. S. Dobrucki przedstawia chorego, u którego przed 20 dniami dokonał operacyi odgłobienia jelita cienkiego — sądząc z wywiadów wgłobienie trwało tu długo, a dopiero w ostatnich dniach przed operacyą zaznaczyło się większymi bólami.

5. J. Brunner (z Warszawy) wygłasza odczyt »O anafilaksyi«.

Prelegent nakreślił w krótkości rozwój pojęć i badań nad anafilaksyą, wymieniając odkrycia Richet'a, Arloing i Courmont'a i inn.; omówił następnie zjawiska Arthus'a, Theobalda, Smitha i Pfeiffera i przeszedł do szczegółowego określenia anafilaktogenów. Tu zwrócił uwagę, że są to ciała białkowe, heterologiczne, że anafilaksya jest wybitnie swoistą, że wreszcie istnieje wiele cech wspólnych pomiędzy anafilakto- i antygenami. — Wspomniawszy następnie o dawkach uczulających i trujących określił mniej więcej czas wylęgania i uzależnił ciężkość objawów uczulenia od sposobu stosowania surowic (podskórnie, dożylnie, podoponowo). Dłużej zatrzymał się prelegent na opisie wstrząsu anafilaktycznego, przedstawiając zarówno obraz kliniczny, jak i badanie anatomo-patologiczne. Następnie omówił Br. teorye anafilaksyi (Friedberger, Besredka) i przeszedł do drugiej części wykładu, zawierającej szereg poglądów i wskazówek co do zastosowania w praktyce zdobyczy naukowych. Nakreśliwszy obraz choroby posurowiczej (Pirquet-Schick), prelegent omówił krytycznie sposoby zapobiegania anafilaksyi, jako to: ogrzewanie surowicy, podawanie calcium chloratum ($Ca\,Cl_2$) według Nettera, stosowanie surowicy różnych zwierząt (Asconi), wstrzykiwania kilkakrotne małych dawek (co drugi dzień) w okresie wylęgania, zastrzykiwania $^1/_4$—1 ctm surowicy na 4 godziny przed właściwą dawką leczniczą lub wlewanie surowicy do kiszki na 10 godzin przed zastrzyknięciem. Dalej wyjaśnia prelegent, że anafilaksya pozwoli nam może zrozumieć dokładniej istotę wielu postaci chorobowych, dotąd niejasnych, jak hemoglobinuria paroxysmalis, idyosynkrazye, wysypki (badania Pirqueta nad odrą), gorączka sienna, rzucawka, dychawica oskrzelowa i t. p. W zakończeniu prelegent podkreśla konieczność dążenia do wytwarzania antytoksyny, wolnej możliwie od części trujących surowicy i przytacza swoje badania w tym kierunku.

Po odczycie wywiązała się dość ożywiona dyskusya (Dziemski, Czerwiński, Jasiński, Prussak, Dobrucki, Żebrowski, Borsukiewicz), poczem przewodniczący podziękował prelegentowi za nader ciekawy i obfity w treść wykład i prosił o wygłoszenie na Zjeździe odczytu »O wartości leczniczej surowic«—Jasiński zaś dodał, że Zjazd w uchwałach swoich mógłby powtórzyć pod adresem pracowni serologicznych żądania prelegenta co do wypuszczania surowic, zmniejszających obawę i niebezpieczeństwo anafilaksyi; prelegent przyrzekł łaskawie odczyt na Zjazd opracować.

V. posiedzenie (nadzwyczajne) z dnia 18. III. 1914 r.

Przewodniczący S. Dobrucki, sekretarz W. Jasiński.
Obecnych 16 członków.

1. Omówiono wnioski Zarządu co do obchodu 40-lecia Towarzystwa; uchwalono urządzić posiedzenie uro-

czyste w przeddzień Zjazdu (30 maja 1914); uproszono A. Jaworowskiego o opracowanie zarysu historyi Towarzystwa, M. Arnsztajna o odczyt kliniczny.

2. Omówiono sprawę mianowania członków honorowych Towarzystwa z powodu czterdziestolecia. W. Jasiński.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Na posiedzeniu neurologów i psychiatrów krakowskich odbytem dnia 2. lipca b. r. poruszona była sprawa zachowania się neurologów i psychiatrów wobec postępowania Komitetu międzynarodowego Zjazdu neurologów, psychiatrów i psychologów w Bernie, który uznał za właściwe znieść pierwotnie proponowaną sekcyę naukową oddzielną polską, bez porozumienia się z członkami Komitetu polskiego. Po przedstawieniu szczegółowem przez prof. Piltza przebiegu dotychczasowego całej sprawy i dyskusyi, w której przemawiali Dr Zanietowski, Dr Pieńkowski, Dr Mazurkiewicz, Dr Schlank i Dr Rogalski, wybrana została z łona zgromadzonych komisya (Dr Blassberg, Mazurkiewicz, Rogalski i Zanietowski), która ma zająć się bliższem rozpatrzeniem tej sprawy.

Następnie wybrany został na członka do stałej delegacyi zjazdów neurologów, psychiatrów i psychologów polskich po ś. p. Dr Rydlu doc. Dr Mazurkiewicz.

Przystąpiono z kolei rzeczy do dyskusyi nad odczytem Dr Rosego, wygłoszonym na poprzedniem posiedzeniu. Przemawiali Dr Borowiecki, Rogalski, Mazurkiewicz, Rose.

Prof. Piltz przedstawił przypadek pozornego paradoksalnego oddziaływania źrenicy na akomodacyę u tabetyka, a następnie mówił o homologicznej dziedziczności w depresyi peryodycznej. W dyskusyi przemawiali prof. Majewski, Dr Rose, doc. Mazurkiewicz, Borowiecki, prof. Piltz.

— W sprawie berneńskiego Zjazdu neurologów i psychiatrów, otrzymała redakcya następujące pismo:

»W imieniu i po porozumieniu się z PP. Kolegami, którzy należeli do byłego Komitetu polskiego Zjazdu międzynarodowego neurologów, psychiatrów i psychologów w Bernie (Flatau, Radziwiłłowicz, Weryho (Warszawa); Szuman (Poznań); Heinrich, Piltz, Wachholz, Zanietowski (Kraków); Sieradzki, Twardowski, Halban (Lwów), donoszę kołom i instytucyom interesującym się tym zjazdem, że postanowiliśmy jednogłośnie: 1) nie wziąć udziału w Zjeździe; 2) zażądać wykreślenia nazwisk naszych z listy komitetu urządzającego. Równocześnie zwracam się do wszystkich PP. Kolegów, którzy mieli zamiar wziąć udział w Zjeździe z prośbą, aby do Berna nie pojechali, względnie zapowiedziany współudział cofnęli.

Postanowienia te powzięliśmy wskutek tego, że komitet centralny w Bernie, który z początku z własnej inicyatywy zaproponował nam osobny komitet polski, później na żądanie wystosowane z kół lekarskich niemieckich, bez porozumienia się z nami skreślił komitet polski i wcielił członków jego do komitetów państw zaborczych.

Bliższe szczegóły i korespondencyę z komitetem centralnym w Bernie pozwolę sobie podać do wiadomości publicznej w czasie najbliższym.

Lwów, 12. lipca 1914. Prof. Dr Henryk Halban«.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 4. VII. do 11. VII. 1914 zgłoszono przypadków: błonicy 2 † — (obcych 2 † —), krztuśca 2 † —, ospy wietrznej 9, płonicy 21 † 3 (2 † —), odry 1 † —, duru brzusznego 6 † — (2 † —), czerwonki 3 † 1 (1 † —), gorączki połogowej 1 † 1 (— † —), róży 1, tężca (1 † 1).

Dr Janiszewski.

Warszawa. Lekarzem naczelnym szpitala św. Ducha mianowany został Dr Br. Chrostowski.

— Począwszy od 1. października zacznie tu wychodzić miesięcznik p. t. »Przegląd szpitalnictwa i dobroczynności publicznej«. Prospekt nowego wydawnictwa podnosi olbrzymi rozwój szpitali w Europie zachodniej i w Ameryce północnej. Potrzeby tego ruchu odbiły się tak potężnie na różnych gałęziach wiedzy i przemysłu, tak wyodrębniły się z ogółu potrzeb społecznych, że doprowadziły do stworzenia osobnej gałęzi nauki szpitalnictwa. Na ziemiach polskich, a zwłaszcza w Królestwie polskiem szpitalni-

Leczenie raków

ELECTROSELENIUM

Elektryczny koloidalny selen, koralowo czerwony w bardzo małych i jednostajnych ziarenkach w rozczynie jałowym, izotonicznym, stałym i dającym się wstrzykiwać.

Własności: electroselenium przedstawia **czysty rozczyn** koloidalnego selenu. W przeciwieństwie do połączeń mineralnych selenu jest electroselenium **nietrującym** środkiem. Wstrzyknięty zostaje częściowo wydzielony przez mocz a częściowo ustalony w różnych tkankach, m. i. także w nowotworach. Po wstrzyknięciu następuje odczyn leukocytowy z gorączką i dreszczem, który niekiedy może być bardzo gwałtowny.

Zastosowanie lecznicze: Electroselenium używa się w leczeniu chorób rakowatych, przy rakach niedających się operować, lecz także przy rakach nadających się do operacyi przed operacyą lub po niej. Pod wpływem electroselenium spostrzega się: **znikanie bólów, przybytek wagi i łaknienia, poprawę stanu ogólnego, powrót snu, cofnięcie się obrzęku gruczołów, wyschnięcie i zabliźnienie się owrzodzeń.** Stosowanie electroselenium można połączyć z leczeniem fizykalnem.

Dawki i sposób stosowania: Electroselenium sprzedaje się w ampułkach po 5 cm³. Wstrzykuje się 5 cm³ dziennie lub co drugi dzień. Dawkę można także niekiedy podwoić. Wstrzykiwanie **śródżylne** należy stawiać wyżej niż śródmięśniowe i podskórne.

Laboratoires Clin Comar & Cie, Paris.

Zastępstwo generalne na Austro-Węgry: Wien VI/1. Köstlergasse 1. Telefon 5355. 265 a

ctwo przedstawia się w porównaniu z zagranicą niezmiernie ubogo. Przyszła redakcya stawia sobie za zadanie rozbudzać ruch i skupiać wszelkie usiłowania dążące do poprawy stosunków w dziedzinie szpitalnictwa. Równocześnie przyszły miesięcznik otwiera swe łamy sprawom dobroczynności publicznej i zamierza uwzględniać nietylko opiekę nad ubóstwem, lecz i profilaktykę społeczną, walkę ze śmiertelnością dzieci, hygienę społeczną, opiekę nad upośledzonymi i kalekami.

Redaktorami miesięcznika będą Dr W. Męczkowski i Dr W. Schoenaich, wydawcą zaś Dr O. Hewelke.

Z różnych stron. Międzynarodowy Zjazd higieny szkolnej odbędzie się w Brukseli w roku 1915. Program prac obejmuje higienę budynków i sprzętów szkolnych, dozór lekarski nad szkołami w miastach i po wsiach, zapobieganie chorobom zakaźnym, wykształcenie higieniczne nauczycieli, uczniów i rodzin, wychowanie fizyczne młodzieży w różnych okresach dorastania, programy szkolne, metody nauczania, materyał dydaktyczny, higiena szkolna w stosunku do dzieci fizycznie lub umysłowo słabo rozwiniętych.

— Rozszerzenie zakładu kąpielowego w Krynicy będzie mogło niebawem już zostać zrealizowane. Mianowicie namiestnictwo otrzymało już asygnatę na półtora miliona koron z funduszów rządowych na budowę nowych łazienek. Po ukończeniu planów, które wygotuje departament techniczny namiestnictwa, zostanie rozpisana licytacya ofertowa na budowę i urządzenie łazienek.

Mianowani: D. Vesspreni zwycz. profesorem anatomii i histologii patologicznej w Klausenburgu; A. Schrutz zwycz. profesorem historyi medycyny i epidemiologii na czeskim uniwersytecie w Pradze.

Zmarli: Dr Cezary Neyman w czerwcu b. r. w Kamieńcu Podolskim; Dr Maksymilian Tyc, 6. czerwca b. r. w Monachium; Dr Aleksander Pius Bieniewski 24. czerwca b. r. w Warszawie w 78 r. ż.; Dr A, Rotter, lekarz miejski w Cieszanowie; Dr Bolesław Wender 18. czerwca b. r. w Essentukach (na Kaukazie) w 55 r. ż.; Dr Griffini, profesor patologii ogólnej w Genui; Dr Gruening, profesor okulistyki w N. Jorku.

Redakcya otrzymała: Kruse-Pawłowska: Przypadek kiły drobnych naczyń kory. (Neurol. polska 1914). — Grzywo-Dąbrowski: Beitrag zur Frage der Wucherung des perivasculären Bindegewebes bei progressiver Paralyse. (Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1914).

Bibliografia.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in 12 Monatsheften. 1914. (Monachium, J. F. Lehmann). Z. 7. Cena 2·— mk.

Lipcowy zeszyt poświęcony jest położnictwu i ginekologii i zawiera: Przegląd położnictwa (prof. Stoeckel); W sprawie poronień z przebiegiem gorączkowym (prof. Hoehne); Pyelitis graxidarum (doc. Bauereisen); Przegląd ginekologiczny (prof. Martin).

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Kazimierz Majewski.

MARYÓWKA.

Lecznica Dra Józefa Zakrzewskiego pod Lwowem

otwarta od 1 maja do zimy.

Przyjmuje chorych na leczenie, uzdrowieńców dla wzmocnienia, zagrożonych celem zapobiegania chorobom. — Gruźliczych, umysłowo chorych i odrazę budzących nie przyjmuje. — Obok wszelakiego rodzaju urządzeń leczniczych ściśle indywidualizowanie przypadków, własne radium do inhalacyi, kąpieli i picia — pracownia dla rozbiorów chemicznych i badań krwi. — Kuchnia wzorowa, zasadniczo mieszana dyeta, zastosowana do poszczególnych przypadków. 283

Wyjaśnienia i prospekta listownie: **Dr. Zakrzewski, Lwów 14, Maryówka,** lub ustnie w poniedziałki, środy i piątki od godz. 3—4 po południu **Lwów, ul. Asnyka. l. 6.**

Stacya kolei »**Maryówka**«. Telefon międzymiastowy Lwów 572. Telegramy: Lwów telefonem Maryówka.

Szczawa Krondorfska uznana za najlepszą i naturalną.

Najlepsze skutki w nieżytach żołądka i pęcherza, jakoteż dróg oddechowych. 205

Prospekty rozsyła na żądanie Brunnen-Unternehmung Krondorf bei Karlsbad lub też Generalna reprezentacya dla Galicyi i Bukowiny, Kraków, Grodzka 48. Lwów, Sykstuska 31.

Dr Józef LIEBESKIND
MARYENBAD, Dom „Kronprinz". 135

Bad HALL w Górnej Austryi. 144
Kąpiele jodowo-bromowe pierwszej jakości, najstarsze i najskuteczniejsze źródlisko w Europie.

Skuteczne w chorobach kobiecych, wysiękach, chronicznych zapaleniach, dnie, gośćcu, zwapnieniu tętnic, zołzach, kile wrodzonej, nabytej, w procesach następowych tejże i t. d.

Prospektów i wyjaśnień udziela Zarząd. — Sezon od 1 maja do 1 października.

Sanatoryum **Dra v. GERSTEL** otwarte i w zimie.

Dr MAKSYMILIAN FUCHS ordynuje jak dawniej 284
w Badenie (pod Wiedniem) ul. Renngasse 6.

KARLSBAD Dr W. Maleszewski
b. Asyst. Kliniki krakowskiej
ordynuje jak dawniej **„Haus Nastopil".**
O otwarciu własnego
SANATORIUM (PENSION MÉDICALE-DIÈTÉTIQUE)
wyjdą osobne oznajmienia. 288

KRYNICA Dr Stanisław Flaschen
ordynuje jak zwykle Willa „Gwiazda". 188

Rok LIII. Kraków, dnia 1 sierpnia 1914. Nr 31.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

W sprawie leczenia gruźlicy wieku dziecięcego w zdrojowiskach solankowych.

(Wykład na III Zjeździe balneologów polskich w Krakowie d. 5. V. 1914).

Napisał

Dr Otokar Lang (Rabka).

W przebiegu i objawach gruźlicy u dzieci a osób dorosłych istnieją pewne różnice. Zasadzają się one w części na odmiennej predylekcyi sprawy chorobowej do pewnych tkanek ustroju, w części na wytworzeniu charakterystycznej postaci klinicznej przez związek zakażenia gruźliczego z wrodzoną skazą konstytucyonalną wieku dziecięcego.

Zakażenie ustroju dziecka gruźlicą odbywa się w 90% przypadków drogą narządu oddechowego, a źródłem zakażenia jest człowiek, wykrztuszający prątki. Ustrój dziecka podlega temu zakażeniu z ogromną łatwością; według Hamburgera wystarcza do wywołania zakażenia jednorazowe, nawet krótkie zetknięcie się z suchotnikiem. Im dziecko młodsze, tem odporność mniejsza, tem większe niebezpieczeństwo rozszerzania się ogniska pierwotnego, powstającego w tkance płucnej. Z wiekiem odporność wzrasta. W przeważnej liczbie przypadków goi się zmiana pierwotna w płucach, a prątki, zatrzymane w sąsiednich gruczołach oskrzelowych, ulegają otorbieniu. Nie zawsze jednak pozostają one na miejscu bezczynne i nieszkodliwe. W pewnych warunkach mogą przedostawać się do naczyń i rozsiewać po ustroju, którego istnienie zależy od ilości prątków, biorących udział w tej inwazyi. Epilogiem zalania ustroju prątkami jest gruźlica prosówkowa, względnie zajęcie opony miękkiej. Gdy wchodzą w grę mniejsze ilości prątków, to owa sprawa wtórorzędna usadawia się u dzieci najchętniej w kościach, stawach, gruczołach i na skórze, wywołując zmiany przewlekłe, uporczywe, dla ustroju jednak mniej groźne.

Już rzadziej sadowi się gruźlica w jelitach i na błonach surowiczych, jeszcze rzadziej w płucach, w przeciwieństwie do częstości, z jaką gnieździ się tamże u dorosłego człowieka.

Wogóle powiedzieć można, że wtórorzędna sprawa gruźlicza u dzieci odznacza się większą łagodnością, niż u dorosłych, mniejszą skłonnością do rozpadu, a większą łatwością gojenia.

Usposobienie do owych nawrotów po zakażeniu pierwotnem zwiększa się skutkiem niekorzystnych warunków zdrowotnych, nędzy, złego odżywienia, wilgotnego mieszkania, urazów, oraz pewnych chorób zakaźnych, wśród których odra i krztusiec najgorszą mają sławę.

Zołzy (scrophulosis) uważamy za pewien właściwy i charakterystyczny zbiór objawów patologicznych u osobnika dotkniętego skazą wysiękową, u którego rozwija się wtórorzędna gruźlica.

Jak każda choroba zakaźna, tak i gruźlica może nietylko wywoływać drzemiącą w ustroju skazę konstytucyonalną, lecz także objawy jej zaostrzać i pogarszać. A że z natury swojej bodziec w tym przypadku nie jest przelotnym, lecz długotrwałym, to też zrozumieć łatwo, dlaczego zołzy są stanem tak uporczywym. Wzmożona w nich wrażliwość ustroju na bodźce zewnętrzne, daje powód do powstawania licznych spraw chorobowych, które na całość obrazu zołzów się składają, — a więc nieżytów błon śluzowych, spraw zapalnych na skórze i t. d.

Ograniczam się do tych kilku uwag, szkicujących bardzo pobieżnie patologię gruźlicy wieku dziecięcego. Obszerniejsze omówienie tej sprawy, w której nie brak sprzeczności i niejasności przekraczałoby ramy niniejszego odczytu.

Pomijam niezmiernie ważną i aktualną sprawę zapobiegania gruźlicy, zdążając do omówienia roli balneologa w leczeniu tego cierpienia u dzieci.

Z istoty samej choroby wynika, że racyonalne i celowe jej leczenie dążyć musi do ułatwienia ustrojowi walki z zakażeniem, przez wzmożenie jego żywotności i odporności. Wiemy dobrze, jak niedostateczne jest tutaj leczenie miejscowe i jak rzadko wiedzie do celu, gdy nie jest poparte leczeniem ogólnem. Odpowiednie żywienie, czyste powietrze i słońce, oto główne czynniki, które w leczeniu gruźlicy przewodnią odgrywają rolę.

Staramy się usilnie podnieść stan odżywienia dziecka, unikając jednak przesady w forsownem tuczeniu. Spostrzegano niejednokrotnie, że przy zbyt szybkiem wzrastaniu wagi ciała, ognisko gruźlicze żywiej się rozwijało. Dzieje się to wtedy, gdy tkanki zawierają więcej wody, gdy podniesienie wagi ciała uzyskano pożywieniem, złożonem głównie z węglowodanów, a u małych dzieci pokarmami obfitującymi w sól (serwatka mleka krowiego). Pokarm powinien zawierać sporo tłuszczu. Mleko korzystniej jest zastą-

pić śmietanką (w ilości 200—500 cm^3 dziennie), a obok tego nie skąpić masła, zwracając jednak baczną uwagę na tolerancyę dziecka wobec tłuszczów.

Dyeta taka sprzeciwia się jednak zasadom żywienia dzieci ze skazą wysiękową, u których właśnie unikamy jaj i tłuszczu. Nasuwa się zatem pytanie, jak mamy ją unormować u dzieci z zołzami, u których skaza wysiękowa łączy się z zakażeniem gruźliczem. Jakkolwiek wybrnięcie z tego dylematu nie zawsze jest łatwe i proste, to jednak ze spostrzeżeń klinicznych wynika, że powinniśmy, ordynując dyetę, liczyć się więcej z gruźlicą, niż ze skazą, obok niej istniejącą. Tylko u dzieci o typie zołzów otrętwiałych (scrophulosis torpida) można stosować dyetę, podaną przez Czernego dla skazy wysiękowej (mięso, jarzyny, owoce, mało tłuszczu), natomiast u dzieci szczupłych, wrażliwych (scrophulosis erethica) dyeta powinna być posilną i tuczącą. Dotychczasowy stan odżywienia dziecka będzie dla nas wytyczną w ustaleniu dalszych norm dyetetycznych.

Jeśli poświęciłem tych kilka uwag sprawie dyety u dzieci, dotkniętych gruźlicą, to dlatego, że uważam leczenie dyetetyczne za integralną część leczenia zdrojowego, z pewnością nie mniej ważną od innych naturalnych czynników leczniczych, jakimi w danej miejscowości rozporządzać możemy.

Galicyjskie zdrojowiska solankowe leżą w strefie podalpejskiej, w wysokości od 400 do 500 i kilkudziesięciu metrów nad powierzchnią morza. Posiadają one klimat górski, orzeźwiający, hartujący i pobudzający przemianę materyi w sposób umiarkowany. Tę ostatnią cechę podnoszę z pewnym naciskiem. Klimat alpejski, na wzniesieniach około 1000 metrów i wyżej działa na niektóre dzieci zbyt podniecająco. Odnosi się to zwłaszcza do osobników szczupłych, żywych, łatwo pobudliwych (scrophulosis erethica). Zauważamy u nich częstokroć pogorszenie apetytu, niespokojny sen, brak przybytku na wadze, rozdrażnienie nerwowe i płaczliwość. Spostrzeżenia te dotyczą głównie dzieci, leczonych pod opieką domową, kiedy to przepisy lekarza, normujące ruch i spoczynek, nie zawsze bywają ściśle wypełniane.

Pedyatrzy wiedzą dobrze, z jakiemi trudnościami walczą nieraz matki, aby skłonić żywe dzieci do spoczynku po kąpieli albo po obiedzie, a o ileż trudniej przeprowadzić w takich warunkach kilkugodzinne werandowanie! Gdy wpływ klimatu alpejskiego, pobudzającego silnie przemianę materyi, nie będzie zrównoważony odpowiednim wypoczynkiem, to, przy braku apetytu, straty ustroju mogą nie być dostatecznie pokrywane.

W sanatoryach lekarz jest panem sytuacyi; dziecko, w obcem otoczeniu poddaje się bez większych trudności jego przepisom, a werandowanie w gronie rówieśników jest dla dziecka mniej przykre. W każdym razie dzieci o typie t. zw. eretycznym czują się naogół znacznie lepiej w łagodniejszym klimacie podalpejskim.

Słońce jest potężnym czynnikiem tak zdrowotnym, jak i leczniczym. Przekonanie o zbawiennym jego wpływie na ustrój dzieci, dotkniętych zołzami, utrwaliło się od dawnych czasów, umiejętne jednak stosowanie promieni słonecznych, jako środka leczniczego w gruźlicy chirurgicznej, rozpowszechniło się dopiero w ostatnich latach. Imponujące wyniki, uzyskane helioterapią w zakładzie Rolliera w Leysin, zachęciły lekarzy do stosowania tej metody i w miejscowościach, nie posiadających słońca alpejskiego, a więc podgórskich i nizinnych. A jeśli wyniki nie bywają zawsze tak wybitne, jak w Leysin, to jednak stwierdzają one, że słońce i na mniejszych wzniesieniach działa bardzo korzystnie w leczeniu spraw gruźliczych.

W Rabce stosują od lat kilku kąpiele słoneczne, najczęściej tylko miejscowe. Położenie zdrojowiska na płaskowzgórzu, słonecznem, ochronionem od wiatrów, wybornie nadaje się do helioterapii. Lata ostatnie nie dopisywały pod względem pogody, co ograniczało możność energiczniejszego stosowania tej cennej metody leczniczej. Mimo to wyniki, jak dotąd, były bardzo zachęcające, zwłaszcza u dzieci w kolonii leczniczej pod wezwaniem św. Józefa, gdzie, wobec sanatoryalnego charakteru zakładu, przeprowadzanie takiego leczenia było łatwiejsze i obserwacya ściślejsza.

Gdy mowa o leczeniu gruźlicy wieku dziecięcego w zdrojowiskach solankowych, należy wyraźnie zaznaczyć, że nie mamy na myśli chorych ze zmianami w płucach, dla których leczenie zdrojowo-kąpielowe nie jest wskazane.

Wiara w skuteczność kąpieli solankowych w zołzach i gruźlicy ugruntowana została wieloletniem doświadczeniem, mimo, że dotąd sposobu ich działania dostatecznie nie wyjaśniono. Nierzadki to zresztą objaw w medycynie, że uzasadnienie naukowe pozostaje daleko w tyle poza empiryą. Dotychczasowe usiłowania w kierunku wyjaśnienia wpływu takich kąpieli na sprawy chorobowe obracają się jeszcze w kole przypuszczeń, mniej lub więcej do przekonania przemawiających. Wspomnę o nich krótko. Według Lehmanna, osadza się po kąpieli na skórze cieniutka warstwa drobnych kryształków soli, która podtrzymuje jej przekrwienie. Gdy bodziec ten częściej się powtarza, krążenie krwi jest żywsze i wessanie wysięków chorobowych przyspieszone.

Według Glaxa, różne sole wywierają rozmaity wpływ na zakończenia nerwów skórnych, stanowiąc, odpowiednio do rodzaju kryształów, słabszą lub silniejszą podnietę dla ustroju.

Na wzmiankę zasługują spostrzeżenia Claissea, przedstawione w paryskiem »Société de biologie« (maj 1902), na które może dotąd za mało zwracano uwagi. Claisse utrzymuje, że po kąpielach solankowych zmniejsza się we krwi ilość leukocytów, które jednak nie ulegają zniszczeniu, lecz napływają do miejsc chorych, gdzie rozwijają żywą działalność fagocytarną. Kąpiele słone wpływałyby zatem tą drogą na usuwanie jadów z ustroju.

Jakie znaczenie lecznicze ma obecność związków jodowych i bromowych w wodzie kąpielowej, jest nam jeszcze mniej jasnem.

Leczenie kąpielami solankowemi powinno być przeprowadzane na podstawie ścisłego indywidualizowania i wśród bacznej obserwacyi stanu zdrowia chorych. Badania w klinice Heubnera wykazały, że pod wpływem słonych kąpieli wzmagają się sprawy rozpadowe ustroju, a z nimi i utrata białka. Szablonowe i bezkrytyczne stosowanie kąpieli może być wręcz szkodliwem. Zarządy zdrojowe powinny wydawać kąpiele tylko na podstawie ordynacyi lekarskiej. Dzieci chude, o typie pobudliwym, znoszą kąpiele słone gorzej, niż dzieci o typie zołzów otrętwiałych

(scrophulosis torpida). U pierwszych stosować musimy kąpiele bardzo oględnie, w dłuższych odstępach czasu, a kąpiel trwać powinna krótko. Doświadczenie pouczyło mnie, że szczególnie ostrożnie postępować należy w przypadkach zajęcia gruczołów śródpiersiowych z podgorączkowemi podniesieniami ciepłoty. Jakkolwiek kąpiele działają i tutaj nieraz bardzo zbawiennie, to jednak zdarzało mi się spostrzegać czasami niekorzystny ich wpływ na ciepłotę ciała i w takich razach ograniczałem się do leczenia klimatycznego i dyetetycznego.

Z początku ordynujemy kąpiele 8—10-minutowe co drugi dzień, a nawet rzadziej. Ciepłota wody 28—29° R. Stopniowo przedłużamy czas trwania, dochodząc zwolna do 20 minut. Dłuższe pozostawanie w wodzie uważam dla dzieci za szkodliwe. Równocześnie przyspieszamy częstość kąpieli zalecając je po 2, najwyżej po 3 dni z rzędu. Po kąpieli zalecamy conajmniej godzinę spokojnego leżenia. Podczas leczenia kontrolujemy starannie wagę i ciepłotę ciała, sen, apetyt i usposobienie dziecka. Okres leczenia kąpielami trwać powinien przynajmniej 6 tygodni. W okresie takim mieści się od kilkunastu do dwudziestu kilku kąpieli.

W niektórych zdrojowiskach, jak n. p. w Bad Hall stopniuje się koncentracyę solanki kąpielowej. W Rabce odsetek soli w wodzie pozostaje stałym, a tylko w pewnych przypadkach wzmacnia się ją przez dodatek soli tamtejszej.

Lekkie zakatarzenie nosa i gardła nie stanowi przeszkody w kąpaniu zwłaszcza w pogodnej porze; przy nieżycie oskrzeli przerywamy kąpiele. Czyraczność (furunculosis) uniemożliwia leczenie kąpielami solankowemi, toż samo rozległe wypryski na tułowiu i kończynach; natomiast bez obawy kąpiemy dzieci, cierpiące na pokrzywkę z powodu skazy wysiękowej, choćby zrazu objawy skórne stały się dokuczliwsze.

Zauważamy często, że pod wpływem kąpieli otwarte ogniska gruźlicze i przetoki obficiej wydzielają. Czasami występuje zaostrzenie lub nawrót sprawy zapalnej na spojówkach i rogówce. Objawy te, niejako odczynowe, ustępują rychło miejsca widocznej poprawie.

Z zabiegów wodoleczniczych stosuję u dzieci tylko najłagodniejsze, jak nacierania częściowe ciała wystałą solanką, i to rano w łóżku, w którem dziecko, dobrze otulone, pozostaje dopóty, póki się dostatecznie nie wygrzeje. Nie jestem zwolennikiem energicznych procedur wodoleczniczych u dzieci celem hartowania, gdyż to samo osiągnąć można w sposób nierównie bezpieczniejszy i łagodniejszy przez codzienne przebywanie na świeżem, górskiem powietrzu.

Okłady z solanki z dodatkiem alkoholu oddają cenne usługi w leczeniu stawów, gruczołów i wysięków błon surowiczych, podobnie jak okłady z mułu źródlanego.

Leczenie kąpielowe łączymy z piciem solanki, której skuteczność stwierdza długoletnie doświadczenie. Teorya jonów i nauka o koloidach rzuca pewne światło na działanie tych wód i zawartych w nich nieznacznych ilości związków jodu i innych, które dotąd przy ocenianiu wartości leczniczej źródlanej wody mineralnej mało wchodziły w rachubę. Sposób podawania solanki jest różny w poszczególnych zdrojowiskach. Zależy on, pomijając już wiek chorych i wskazania lecznicze, niętylko od składu chemicznego wody, lecz i od wyników długoletnich spostrzeżeń i doświadczeń, zdobytych w danej miejscowości przez praktykę zdrojową.

Rabczańska solanka jodowo-bromowa liczy się do najsilniejszych w Europie; na 1000 gr. wody zawiera ona około 23 gr. chlorku sodu, 0·045 jodku i 0·073 bromku sodowego. Jakkolwiek dzieci na ogół przyzwyczajają się łatwo do jej wybitnie słonego smaku, podajemy ją często w postaci rozcieńczonej. Mieszamy ją z mlekiem, lub ze szczawami żelazistemi (żegiestowską, krynicką, lub wodą sztuczną pyrofosforanowo-żelazistą, wyrobu Rzący i Chmurskiego). Dodatek wód żelazistych ma na celu już nie samą tylko poprawę smaku, ale i leczenie towarzyszącej zołzom niedokrwistości.

Ilość dzienna podawanej dzieciom solanki wynosi od 30 do 300 cm³. Rozdziela się ją zwykle na 2 porcye, ranną i popołudniową. Dorośli piją solankę przeważnie na czczo, natomiast u dzieci zalecam poprzedzić ranną porcyę wody małą ilością jakiegoś ciepłego napoju. jak mleka, herbaty ze śmietanką i t. p. W nieżycie jelit, skłonności do biegunek i nadkwaśności żołądka solanka jest przeciwwskazana. I tutaj, jak wszędzie. nie wolno zapominać o zasadzie: »primum, non nocere«. Korzyści z leczenia zdrojowego, okupionego zaburzeniami w trawieniu, miałyby wartość bardzo wątpliwą.

Omówiwszy pokrótce ogólne leczenie zdrojowo-kąpielowe, dodaję kilka uwag o leczeniu zmian miejscowych. Rzecz naturalna, że i podczas leczenia zdrojowego przestrzegać będziemy zasad ortopedyi i chirurgii, co do unieruchomienia chorych stawów, opatrywania owrzodzeń itd. Granice zachowawczego leczenia gruźlicy chirurgicznej u dzieci są niewątpliwie daleko szersze, niż u dorosłych. Przypadki, przedstawiające się zrazu rozpaczliwie, goją się często po starannem jednorazowem lub kilkakrotnie powtarzanem leczeniu w zdrojowisku. Zachęca to do cierpliwości, choć nie zawsze można stanowczo orzec, jak długo jest wskazanem wytrwać przy postępowaniu zachowawczem. Niektórzy autorowie, jak n. p. prof. Müller (w Berlinie) są stanowczymi przeciwnikami większych zabiegów operacyjnych u dzieci z gruźlicą chirurgiczną, a więc n. p. resekcyi stawu, utrzymując, że wystarcza zupełnie, gdy czynna interwencya lekarza ograniczy się do nakłucia większych ropni lub do ułatwienia martwiakowi wydobycia się na zewnątrz.

Przy zapaleniu pryszczykowem spojówki lub rogówki, zmuszeni jesteśmy uciec się do przetworów rtęciowych (maść Pagenstechera, kalomel). Nigdy nie zauważyłem, aby one działały szkodliwie przy równoczesnem stosowaniu kąpieli solankowo-jodowych. Co najwyżej polecałem wtedy przerywać picie solanki.

Tak ulubione i rozpowszechnione przepłukiwanie nosa solanką powinno być stosowane tylko w pewnych postaciach schorzeń jamy nosowej, jak n. p. przy ozenie lub w nieżytach z wydzieliną gęstą, zasychającą w strupy. Woda powinna być ogrzana, przy większej zawartości soli rozcieńczona; do płukania najlepiej używać koneweczki Fränkla, lub naczynia szklannego w postaci bańki, z której płyn, pod nizkiem ciśnieniem własnego ciężaru, dostaje się rurką do jamy nosowej. W zwykłych postaciach przewlekłego nieżytu oraz przy przeroście małżowin, płukanie nie

przynosi żadnego pożytku, a wykonane nieostrożnie, może wywołać podrażnienie ucha środkowego.

Płukanie gardła solanką polecać można bez zastrzeżeń. Wyprysk nozdrzy należy leczyć starannie. Ustępuje on najlepiej pod maścią z białego precypitatu rtęci. Zauważamy wtedy szybsze zmniejszanie się obrzęku wargi górnej, tak w zołzach charakterystycznego, oraz poprawę stanu zapalnego spojówek. Równocześnie usuwamy niebezpieczeństwo róży, która w takim wyprysku łatwo znajduje punkt wyjścia. Korzystne skutki leczenia zdrojowo-kąpielowego nie zawsze odrazu się zaznaczają, częstokroć występują one po upływie pewnego przeciągu czasu, niekiedy i w kilka miesięcy po ukończeniu leczenia.

By utrwalić osiągniętą poprawę i uzyskać dalsze jej postępy, trzeba nierzadko w następnych latach powtarzać leczenie w zdrojowisku. W ten sposób zastępujemy jednolite i długotrwałe leczenie możliwe tylko w odpowiednio urządzonych zakładach, przez cały rok otwartych, których brak dotąd w naszym kraju. Wyniki, jakimi się chlubi Rollier w Leysin, lub Calot w Berck-sur-Mer, przypisać można nietylko warunkom miejscowym i stosowanym tamże metodom leczniczym, lecz z pewnością w znacznej części nieprzerywanemu leczeniu, trwającemu miesiące a nawet lata.

U nas sezon zdrojowy jest zbyt krótki, aby mógł być należycie wyzyskany dla leczenia tak przewlekłych i upartych spraw chorobowych. Tworzenie w naszych zdrojowiskach solankowych zakładów leczniczych całorocznych dla dzieci odpowiadałoby istotnie piekącej potrzebie. Lecznice takie powinnyby być przystępne i dla mniej zamożnej publiczności.

Dla dzieci ubogich. nawiedzonych zołzami posiadamy w Galicyi dwie kolonie lecznicze: rabczańską i rymanowską. Rozszerzenie ich zbawiennej działalności na rok cały byłoby nieocenionem dobrodziejstwem dla biednej dziatwy. W Bad Hall już dawno przekształcono kolonię taką z letniej na całoroczną. Coprawda, rozwijała się ona w warunkach bezporównania korzystniejszych, niż nasze, a w roku 1905 dzięki Luegerowi i Neumayerowi gmina miasta Wiednia przejęła kolonię w Hall na własność, zapewniając jej byt dalszy, rozwój i powodzenie.

Dziś rozbrzmiewa głośno i szeroko hasło walki z gruźlicą. W boju z tak groźną nieprzyjaciółką ludzkości kolonie lecznicze są jakby placem pierwszej pomocy.

Oby zrozumienie doniosłego znaczenia tych instytucyi zdołało przeniknąć jaknajszersze warstwy naszego społeczeństwa, którego serdeczna opieka i wydatna pomoc tak bardzo im jest potrzebną.

Metoda psychoanalityczna Freuda i jej kryterya.

Podał
Dr Stefan Borowiecki,
asystent klin. chorób nerw. i umysł. U. J.

(Wykład wygłoszony na II Zjeździe neurologów, psychiatrów i psychologów polskich w Krakowie d. 21. XII. 1912).

Jednym ze znamiennych szczegółów rozwoju dyskusyi na temat nauki Freuda jest, zdaniem mojem, fakt, że rozpatrywana ona była nierównie mniej ze strony metodycznej, niż faktycznej. Rozpatrywano ją zaś tak prawdopodobnie dlatego, że wogóle traktowano ją przeważnie, jako jednolity i zamknięty w sobie układ naukowy, stojący poniekąd poza obrębem pozostałej neurologii i psychiatryi, nie roztrząsając bardziej źródłowo poszczególnych zagadnień z niej wypływających, nie wyróżniając w niej przytem metody od swoistego zupełnie słownictwa i wreszcie faktów przy pomocy tej metody zdobywanych. Zachowanie nadal takiego ogólnego stanowiska — odpornego ze strony przeciwników i separatystycznego ze strony zwolenników Freuda, — nie leży jednak ani w interesie rozwoju psychiatryi i neurologii, ani samej nauki Freuda, przeciwnie korzystnem będzie dla stron obydwu zbliżenie się, nawiązanie wzajemnych stosunków i usiłowanie stworzenia jednej logicznej całości. Naruszy to wprawdzie tę niemal artystyczną jednolitość nauki i przedstawi niejeden szczegół w świetle bardziej codziennem, przyczyni się jednak do krytycznego przeglądu zarówno tego, co już wiemy, jak i tego, co ewentualnie wiedzieć możemy, rozszerzy słowem zakres naszych zagadnień i metodykę badania. Otóż wychodząc z założenia, że nauka Freuda powinna być już dzisiaj ze względu na owocność roztrząsań i badań rozpatrywana raczej jako szereg najróżnorodniejszych zagadnień, nie zaś jako jednolity i nietykalny układ teoretyczny, obrałem sobie za cel najbliższy zoryentowanie się w zagadnieniu, czem jest metoda psychoanalityczna sama przez się, pozostawiając na uboczu sprawę słownictwa stworzonego przez Freuda, a grającego tak pierwszorzędną rolę w jego nauce, jak i ocenę zdobyczy faktycznych przy pomocy tej metody osiągniętych. Idzie mi tu tylko o określenie, czem jest metoda psychoanalityczna, jako metoda naukowego badania, nie wchodzę zaś zupełnie, jak to wyraźnie zaznaczam, w praktyczne zwłaszcza znaczenie tej metody w lecznictwie, jako zagadnienie, które zdaniem mojem przyszłość dopiero w sposób ostateczny rozstrzygnąć potrafi. Z dokładnego opisu tej metody wynikać będzie w sposób naturalny znajomość kryteryów, jakiemi się ona posługiwać może. Zapoznanie się z założeniami tej metody jest tembardziej konieczne, że w stworzeniu tej metody, jak sądzę, przedewszystkiem znalazła swój wyraz wybitna indywidualność Freuda, a wszystko, co jest we Freudzie poza tą swoistą metodą, jest tylko wynikiem jej konsekwentnego stosowania w najróżnorodniejszych dziedzinach życia psychicznego: oceniając metodę samą, oceniamy zatem całą naukę, na niej opartą.

O ile zadanie to pochwycenia założeń metody psychoanalitycznej jest wdzięczne, gdyż pozwala zdać sobie lepiej sprawę z wartości tej metody, o tyle jest ono trudne, ponieważ zazwyczaj dotychczas nauka Freuda przedstawiana była historycznie i autorom, którzy się tej pracy podejmowali, zależało przedewszystkiem na zobrazowaniu całości, a nie na dokładnem uświadomieniu sobie techniki psychoanalitycznej. Praca w tym ostatnim kierunku jest zaledwie rozpoczęta. Oczywiście niema w tem nic dziwnego, gdyż dopiero zdobycie bogatszego materyału psychoanalitycznego umożliwiło rzut oka wstecz na drogę przebytą i pozwoliło tworzyć hipotezy co do jej widoków na przyszłość. Sam Freud [1]), później Bleuler [2]) zainicyowali pracę

[1]) Patrz dzieła Freuda: Studien über Hysterie, die Traumdeutung, Sammlung kleiner Schriften zur Neurosenlehre i inne.

[2]) Die Psychoanalyse Freuds. Jahrb. f. psychoanalytische u. psychopatologische Forsch. Bd. II, 1910, S. 623.

w tym kierunku, a duch objektywniejszej krytyki, jaki dzisiaj w piśmiennictwie zaczyna panować (Mittenzwey) [3]) pozwala rokować, że wkrótce potrafimy się lepiej oryentować zarówno co do zalet, jak i braków tej nowej metody. Dotychczas wyrażane opinie o samej metodzie psychoanalitycznej często jako wręcz sobie przeciwne wykluczają się wzajemnie; przypomnę tutaj zapatrywania zwolenników Freuda, z drugiej strony Hochego [4]), Weygandta [5]), Isserlina [6]) i innych.

Zacznę od krótkiego zarysu historycznego rozwoju metody psychoanalitycznej. Metoda ta w zawiązku swoim zawdzięczała swe powstanie pełnemu zainteresowania się i życzliwości dla chorej stanowisku lekarza, słuchającego pilnie każdego słowa, wypowiedzianego przez nią i dopatrującego się w niej »vis medicatrix naturae«: sama chora wskazała tu drogę do badania i leczenia. Psychoanaliza początkiem swoim, jak wiadomo, wiąże się ze spostrzeżeniem Breuera, który zauważył, że wypowiadanie się chorej w pewnych stanach zamroczenia sprawia jej wybitną ulgę. Spostrzeżenie to skłoniło go do wprawiania chorych w stan hipnozy i badania ich w tym stanie w kierunku wspomnień, związanych z objawami chorobowymi. Okazało się bowiem, że drogą tą nietylko można na pewien przemijający przeciąg czasu usuwać objawy, ale nawet leczyć je, o ile uda się wywołać wspomnienie chwili, w której objawy chorobowe po raz pierwszy wystąpiły. Swoistą tę metodę badania, które zarazem było leczeniem, nazwano metodą katartyczną. Chory posiadał świadomość w pewnym zakresie szerszą w stanie hipnotycznym i miał zdolność odtwarzania zdarzeń, których w swym zwykłym stanie świadomości nie pamiętał.

Ale działalność praktyczna zmusiła do zmiany tego postępowania z chorym: tylko nieznaczna część chorych da się mianowicie hipnotyzować, a według założeń metody katartycznej tylko w stanie hipnozy zdają sobie chorzy powoli sprawę ze związków chorobotwórczych. Ponieważ zatem hipnoza okazała się w działalności leczniczej Freuda jako niedogodna, a sprawiała ona na Freudzie, jak i na wielu innych, zawsze wrażenie środka nieco mistycznego, postawił on sobie za zadanie wykrycia tych chorobotwórczych, zdaniem jego, przeżyć w obrębie zwykłego stanu świadomości. Zadanie było pozornie niemożliwe do urzeczywistnienia: polegało ono na tem, aby dowiedzieć się od chorego czegoś, czego nietylko sam lekarz nie wiedział, ale i z czego sam chory sobie na razie nie zdawał sprawy. Ale badania, z hipnozą wiążące się, świadczyły, że spostrzegana po śnie hipnotycznym niepamięć wszystkich wrażeń, afektów i myśli, w czasie tego snu doznawanych, nigdy nie jest całkowita i że przy pomocy pytań i nalegań udawało się pomimo zapewnień chorych, że nic nie pamiętają, wywołać zaginione wspomnienie. Podobnież Freud, uważając swych chorych, jako ludzi, mających luki pamięciowe, analogiczne do niepamięci, spostrzeganych po hipnozie czy stanach zamroczenia, zaczął nalegać na chorych z chwilą, kiedy twierdzili, że nic sobie co do jakiegoś szczegółu chorobowego przypomnieć nie mogą, zapewniając ich, że jednak mimo i wbrew swemu przeświadczeniu mogą sobie wszystko przypomnieć, byle tylko mówili wszystko, co im przez myśl przechodzi. Każe on im przytem wygodnie leżeć na kanapie, a sam siedzi za nimi, dla nich niewidoczny, unikając wszelkich procedur w rodzaju dotknięcia czy zamykania oczu, przypominających hipnozę, których zresztą jeszcze sam w początkach tego nowego postępowania z chorymi używał, i robiąc posiedzenie psychoanalityczne podobnem do zwykłej swobodnej rozmowy między dwiema osobami — obydwiema czuwającemi — w warunkach, sprzyjających jak najbardziej skupieniu uwagi. Jestto jednak odrębny rodzaj uwagi, który pozwala dostrzegać nawet nasze własne stany psychiczne, choćby nawet najbłahsze: wymaga on nietylko dogodnych warunków zewnętrznych, ale nadto, i przedewszystkiem, usunięcia wszelkiej oceny, której człowiek myślący zazwyczaj poddaje myśli, jakie mu się nasuwają. Introspekcya zatem, jakiej Freud od chorych swych wymaga, musi być wyćwiczona w chwytaniu tych myśli, które się wydają w pierwszej chwili bez znaczenia które mogą nie wykazywać odrazu związku z myślami poprzedniemi, a więc być pozornie bezsensowne, lub też wreszcie myśli, których choremu wstyd, albo które sprawiają mu przykrość. Freud stan ten porównywa z umysłowością człowieka zasypiającego, któremu również przez obniżenie czynności oceniającej wynurzają się w świadomości pewne wyobrażenia mimo, a niekiedy i wbrew jego woli [7]). Przy psychoanalizie należy zatem nauczyć analizowanego, co jest rzeczą najtrudniejszą, chwytać i opowiadać nawet takie myśli, których w życiu codziennem unikamy, musimy szukać wyobrażeń, zazwyczaj nawet usuwanych, zdających się wikłać nasze zamierzone myślenie czy postępowanie. W poszukiwaniu tych lekceważonych zazwyczaj myśli napotyka lekarz nawet po najdokładniejszem poinformowaniu chorego co do techniki psychoanalitycznej i teoretycznem poddaniu się jego wymaganiom psychoanalizy bardzo wybitne przeszkody w samym chorym w postaci

[3]) Versuch zu einer Darstellung und Kritik der Freudschen Neurosenlehre. Zeitschr. f. Pathopsychologie, Bd. I, II, 1912, 1913, 1914.

[4]) Mediz. Klinik, 1910, S. 1007. Eine psychische Epidemie unter Aerzten.

[5]) Monatschr. f. Psychiatrie u. Neurologie, Bd. XXII, S. 294.

[6]) Zeitschr. f. die ges. Neurologie u. Psychiatrie, 1910.

[7]) W innem miejscu (die Traumdeutung, III Aufl. S. 74) porównywa Freud nastawienie psychiczne niezbędne dla psychoanalizy z nastawieniem artysty tworzącego, cytując słowa Schillera, skierowane do Körnera, skarżącego się w liście na osłabienie twórczości: »Przyczyna twoich skarg leży, jak mi się zdaje w przymusie, jaki wywiera twój rozsądek na wyobraźnię. Muszę tutaj myśl rzuconą uzmysłowić przez porównanie. Wydaje mi się rzeczą niedobrą i dla twórczego dzieła naszej duszy niekorzystną, jeśli rozsądek zaraz u wrót swoich nazbyt surowo przebiera myśli napływające. Myśl pojedyncza, brana w oderwaniu, może być nic nieznacząca, a nawet ucieszna, ale może się ona okazać ważną przez myśl, która po niej następuje, lub też stanowić ona może bardzo celową całość w związku z inną, która również sama przez się nosić może pozory zdawkowej: wszystkiego tego nie może ocenić rozsądek, skoro nie zatrzyma się na myśli tak długo, aż jej nie ujrzy w połączeniu z tą drugą. W umyśle twórczym przeciwnie wydaje mi się, że rozsądek wycofał swe straże z przed wrót swoich, myśli cisną się pêle-mêle, a wtedy dopiero rozsądek je ogarnia i przebiera ten ich wielki stos. Wy, panowie krytycy, czy jak się tam nazywacie, wstydzicie się i obawiacie chwilowego i przemijającego pomysłu szaleńczego, który obecny jest u wszystkich właściwych twórców, a którego dłuższe lub krótsze trwanie odróżnia myślącego artystę od śniącego. Stąd wasze skargi na niepłodność, że zawcześnie porzucacie i za surowo wybredzacie.« (List z d. I. XII. 1788).

oporu, który przejawia się w chęci usuwania czy przemilczania myśli, mogących wzbudzać uczucia przykre. Można powiedzieć, że analiza od początku do końca jest walką z oporem chorego, który raz słabnie, to znów robi wysiłki ukrycia tego, co na jaw powinno być wydobyte.

W tych naszkicowanych przezemnie dotychczas założeniach metody psychoanalitycznej odnajdziemy cechę najbardziej istotną psychoanalizy, wspólną wszystkim jej rozgałęzieniom: czy to bowiem idzie o analizę objawu, czy to, gdy idzie o analizę snu, czy wreszcie jakiejś czynności objawowej (Symptomhandlung), wszędzie sposób analizowania jest ten sam, wszędzie pomysły luźne — swobodne kojarzenia, nasuwające się na dany temat, a podawane bez zastanowienia się, mają nas prowadzić do tego kłębka, jaki zamierzamy rozwiązać. Można zatem opisać metodę psychoanalityczną na przykładzie jakiegoś objawu, równie jak snu lub czynności objawowej, zarówno bowiem sen, jak i czynność objawowa same przez się narzuciły się uwadze Freuda, jako cenne objawy w przebiegu jego badań nad nerwicami. Z powyższego określenia cechy zasadniczej metody psychoanalitycznej, jak i z dziejów tej metody, powyżej pobieżnie przedstawionych, wynikają też same przez się jej różnice w stosunku do wszystkich innych metod badania, jakiemi rozporządzamy, jak i cała jej dalsza charakterystyka. Porównywano ją z wywiadami, rozszerzonymi poza ramy zwykłe. Jestto jednak, zdaniem mojem, porównanie zupełnie chybione, jeśli zważymy, że przy wywiadach lekarz sam kieruje myślami chorego i żąda przedewszystkiem odpowiedzi na pytania, przez siebie zadawane, pomijając świadomie liczne szczegóły uważane przez chorego za ważne i unikając wszelkich dygresyi, za jakie uważałby zwłaszcza pomysły, nasuwające się choremu. Przy psychoanalizie natomiast raczej chory prowadzi rozmowę, a lekarz podchwytuje tylko wątek, rzucony przez chorego, kierując się jego luźnymi pomysłami. Podobnież i dla tych samych powodów badanie psychiatryczne, stosowane dzisiaj po większej części w przypadkach psychoz paranoidalnych, a zmierzające do wyświetlenia ich mechanizmu, nie jest psychoanalizą, a pomysły luźne, sny czy też czynności objawowe tylko przypadkowo w nich bywają uwzględniane.

Poza tą różnicą techniczną, różnicą sposobu badania psychoanalitycznego od innych metod badania, mamy jednak jeszcze istotniejszą różnicę co do celu, jaki metoda psychoanalityczna sobie zakłada. Psychoanalizy w znaczeniu Freuda nie robiono przed Freudem, gdyż wszystkie metody dotychczasowe wychodziły z założenia, że świadomość chorego jest niemal jedynem źródłem naszego poznania jego stanu psychicznego, poznanie zatem jego świadomości było przedewszystkiem ich celem. Metoda psychoanalityczna natomiast rozszerza zakres badania człowieka poza jego świadomość aż do t. zw. nieświadomości. Jak już przedstawiałem, metoda psychoanalityczna powstała w tym celu, aby usuwać pewne luki pamięciowe, odpowiadające zaginionym pozornie, a nieznanym choremu na razie wydarzeniom, które wywołały pewne objawy. To zadanie usuwania niepamięci określa już pierwszą kategoryę zjawisk nieświadomych, z jakiemi ma do czynienia psychoanaliza. Idzie tu mianowicie o wspomnienia nieświadome, a zatem o stany psychiczne, które były kiedyś świadome, czy może nawet nieświadome, a które, jakkolwiek są nieświadome, według doświadczeń psychopatologii mogą przy pewnych okolicznościach wpływ swój zaznaczać, nie mogą być jednak dowolnie wywołane z zapomnienia. Niezliczona ilość naszych przeżyć wewnętrznych, że weźmiemy tu za przykład ułamkowe wspomnienia z lat dziecięcych, ginie dla naszej świadomości całkowicie, nie wynurza się bowiem w świadomości, ani dowolnie nie może być odtworzona, a dopiero złożone metody badania w rodzaju hipnozy, automatycznego pisma, a od czasu Freuda — psychoanalizy, mogą je wywołać z ich stanu uśpienia ponad próg świadomości. Pomysły luźno nasuwające się choremu w związku z omawianym tematem, marzenia senne i wreszcie czynności objawowe dają nam w metodzie psychoanalitycznej punkty zaczepne do wydobycia tych ukrytych wspomnień. Poza poznaniem tych wspomnień, kiedyś świadomych, czy też nawet nieświadomych, które dowolnie nie mogą być odtwarzane, wiedzie metoda psychoanalityczna do zaznajomienia się z wieloma innymi objawami życia nieświadomego. Nietylko bowiem metoda psychoanalityczna budzi wspomnienia, których chory nie może sobie sam świadomie przypomnieć, ale ma ona nadto za zadanie śledzić i określać mechanizm pracy nieświadomego, przejawiający się w wytwarzaniu takich zjawisk, jak objawy, sny, czy też cały zakres spraw, które Freud obejmuje nazwą psychopatologii życia codziennego. Wszystkie te objawy życia nieświadomego przypominają pewnemi cechami nasze życie świadome, z drugiej jednak strony nie są one ani przez nas wymyślone, ani zamierzone, i są dla naszej osobowości czemś zupełnie obcem i dziwnem, jest zatem rzeczą pewną, że nie możemy ich oceniać tylko według analogii ze sprawami świadomemi i że inne prawa niemi rządzą, niż naszą świadomością. Badanie jednego marzenia sennego może nas przekonać, że poza naszą świadomością odbywają się sprawy bardzo złożone, którym nie można odmówić miana zjawisk psychicznych. Otóż wyśledzić w tym pozornym bezładzie prawa, jakim one podlegają, ma również psychoanaliza na celu. Psychoanaliza ma zatem do czynienia ze swoistą pracą nieświadomego, jako drugą kategoryą zjawisk nieświadomych. Być może, że zagadnienie wspomnień nieświadomych łączy się z zagadnieniem pracy nieświadomego, być może nawet, że związek ten jest nierozerwalny tak, że niedopuszczalne jest ścisłe rozróżnianie i rozgraniczanie tych dwóch rodzajów nieświadomego, nie wdaję się jednak w to ciekawe zagadnienie i zaznaczam, że podziału tego chwyciłem się tylko w celu łatwiejszego zobrazowania zadań psychoanalizy. W każdym razie, jakakolwiek okaże się wartość teoryi nieświadomego [8]), utworzonej przez Freuda, jak i wielu innych, którym dała początek psychoanaliza, zgodzić się musimy, że metoda psychoanalityczna ma na celu w znacznym bardzo stopniu poznanie zjawisk życia nieświadomego i że tem różni się zasadniczo od większości innych metod badania. Nie chcę mówić tutaj oczywiście, aby zjawiska objęte przez Freuda mianem nieświadomych nie były dotychczas wogóle przedmiotem badań i aby żadnej me-

---

[8]) Według teoryi Freuda o »nieświadomem« jedyną właściwą rzeczywistością psychiczną jest nieświadome, które w istocie swej jest nam podobnie nieznane, jak i rzeczywistość zewnętrzna, a które przez dane świadomości reprezentowane jest w sposób podobnie niezupełny, jak świat zewnętrzny przez dane naszych zmysłów«. (Traumdeutung, III Aufl., S. 408).

tody do ich poznania nie było. Przeciwnie psychopatologia, zwłaszcza stanów histerycznych i padaczkowych, dostarczała oddawna cennego materyału dla nauki o świadomości, a nasze zwykłe badanie stanu psychicznego, nie mówiąc już o zawilszych i mniej dostępnych metodach w rodzaju hipnozy czy pisma automatycznego, pozwala w pewnych przypadkach wykryć i opisać stany nieświadome. Pojęcie stanów nieświadomych, oparte na doświadczeniach, pochodzących z czasów przed pojawieniem się metody psychoanalitycznej, było jednak dosyć wązkie i ogarniało zaledwie wyjątkowo rzadkie przypadki patologiczne, metoda psychoanalityczna natomiast w zastosowaniu swojem nie wyłącza bynajmniej ludzi zdrowych i wskazuje przejawy życia nieświadomego w życiu prawidłowem, jak i patologicznem.

(Dokończenie nastąpi).

O reinjekcyi surowicy przeciwbłoniczej.

(Dalszy przyczynek na zasadzie spostrzeżeń z praktyki własnej. Odczyt zgłoszony na II Zjazd lekarzy prowincyonalnych Król. Polsk. w Lublinie i na Zjazd higienistów polskich we Lwowie).

Podał

Dr Wincenty Puławski (Radziejów, gub. Warszawska).

(Ciąg dalszy).

Wystąpienia wysypki pokrzywkowej w przypadku czwartym (64) już na czwarty dzień po wstrzyknięciu w nader umiarkowanej postaci zaledwie dostrzegalnej pokrzywki nie można, zdaniem mojem, zaliczyć do odczynu »przyspieszonego« w znaczeniu Pirqueta (beschleunigte Reaktion), gdyż i po pierwotnych wstrzyknięciach bywa to niekiedy, mianowicie w postaciach wysypek umiarkowanych, słabych, leniwie i powoli wykwitających; często znikają one szybko, poczem między 8. a 12. dniem, występują ponownie, również w niezbyt mocnej postaci. Jest to tak zwany »odczyn podwójny« (doppelte Reaktion) i wcale nie jest cechą charakterystyczną dla reinjekcyi. Bóle mięśniowe, które wystąpiły w tym samym przypadku na trzeci dzień po zniknięciu słabej pokrzywki, są zjawiskiem towarzyszącem i pierwotnym wstrzyknięciom, o ile te dokonywane są w objętościowo większych dawkach surowicy, n. p. jak w tym razie w 32 cm sześć.

Objawy miejscowe po reinjekcyach, które wykonywałem również podskórnie, zawsze w okolicach podżebrzy, nie różniły się niczem od wstrzykiwań pierwotnych. Ani razu nie udało mi się zauważyć do chwili obecnej jakiegoś odczynu swoistego, któryby wyróżniał się czemkolwiek, n. p. nacieczeniem swoistego charakteru i postaci. Powiedziałbym nawet, że przemijających nacieków i miejscowych sińców, jakie widywałem niekiedy po pierwotnych wstrzyknięciach u dzieci tłustych, po reinjekcyach nie spotykałem prawie wcale. Z pewnem prawdopodobieństwem przypisać to należy większej ostrożności i umiejętności zachowania się chorych, aby ustrzedz miejsca wstrzyknięcia od dotykania, uderzenia, ugniatania i t. p. Bolesność w miejscu wstrzyknięcia i jego najbliższej okolicy przechodzi zwykle dość prędko pod suchą, czystą watą hygroskopijną.

Zarówno obecnie, jak i przedtem, nie spostrzegałem również stwardnienia ani powiększenia gruczołów chłonnych, bliższych lub dalszych od miejsca wstrzyknięcia. Przypuszczam, że składa się na to kilka przyczyn, mianowicie: 1) Miejsca wstrzyknięcia nie obfitują w gruczoły, a najbliższe ich skupienia znajdują się w okolicach pachwin, względnie dosyć odległych; 2) Na jedną dawkę wstrzykuję nie więcej, niż 3000 jedn. ochron.; w razie powtórzenia dawki wybieram podżebrze strony przeciwnej, wskutek czego tkanka podskórna i cały układ chłonny wogóle niema zbyt wiele pracy z wchłanianiem wstrzykniętej surowicy, a najbliższy teren naczyń limfatycznych nie jest obciążony zbytnią ilością obcej surowicy. Samo przez się rozumie się, że dokonywam możliwie dokładnego oczyszczenia skóry w miejscu wstrzyknięcia w warunkach możliwie najbardziej aseptycznych. Przypuszczam, że dla tych samych powodów nie spostrzegałem nigdy podrażnienia i w całym układzie chłonnym ustroju, co przejawiaćby się mogło w obrzękach, stwardnieniach i powiększeniach odległych gruczołów limfatycznych.

Co do działania leczniczego i zdrowienia po reinjekcyach, to zarówno obecnie, jak i przedtem, nie spostrzegałem żadnej wybitnej różnicy w porównaniu ze wstrzyknięciami pierwotnemi. Ostateczne wrażenie podmiotowe odnosiłem takie, jakoby chorzy przychodzili do zdrowia nieco prędzej z powodu szybszego ustępowania wraz z potami wzniesienia się ciepłoty jednocześnie z szybszem znikaniem miejscowych objawów chorobowych w gardle i krtani. Bezwątpienia należy się tu liczyć z usposobieniem indywidualnem chorego, z właściwościami epidemii, oraz z tą okolicznością, że najbliższe otoczenie dziecka, przekonawszy się już przedtem o zbawczem działaniu surowicy, wcześniej zgłasza się w przypadkach podobnych zachorzeń ponownych u tegoż samego dziecka, ułatwiając przez to interwencyę lekarską. Przypadków śmierci wśród dzieci reinjekowanych z powodu ponownej błonicy nie miałem dotąd wcale, być może, również dla powodów wyżej wyłuszczonych. Biologiczną przyczyną łagodniejszego przebiegu choroby i szybszego zdrowienia po reinjekcyach byłoby przypuszczalnie łatwiejsze wytwarzanie przez ustrój ciał ochronnych wogóle, oraz swoistych niweczników w postaci antytoksyn przeciwbłoniczych w znacznie większej ilości na zasadzie przystosowania się komórek ustroju do tej czynności przez uprzednio przebytą sprawę walki z błonicą. Na myśl tę do pewnego stopnia naprowadzają wyniki najnowszych badań i doświadczeń w tym kierunku, dokonywanych ze względu na zastosowanie szczepienia ochronnego błonicy (Diphtherieschutzmittel) według niedawno zaprojektowanej metody (Toxin-Antitoxingemisch) prof. Behringa w Marburgu. Badania te między innemi dotyczą zawartości antytoksyn swoistych we krwi ludzi zdrowych, ozdrowieńców po błonicy, roznosicieli zarazków błonicy i innych (R. Otto w Instytucie dla chorób zakaźnych im. Kocha w Berlinie pod kierunkiem prof. Loefflera), następnie kontroli nad zawartością antytoksyn swoistych w surowicy przeciwbłoniczej, zależnie od różnych warunków zachowania jej pod wpływem czasu, światła i ciepła (prof. Boehncke we Frankfurcie n. Menem z Instytutu terapii i medycyny doświadczalnej pod kierunkiem prof. P. Ehrlicha); dalej doświadczenia Sachsa z Frankfurtu nad Menem, oraz Josepha i Ruppla z Höchst nad nadwrażliwością i jej zapobieganiem, nakoniec Ascoliego

z Medyolanu i Jochmanna w Berlinie nad surowicami anallargicznemi, W. Brauna na stacyi przeciwbłoniczej przy szpitalu Friedrichshain w Berlinie nad zapobiegawczemi szczepieniami surowicy przeciwbłoniczej i bardzo wielu innych. Kilka słów bliższego wyjaśnienia w tym względzie wypowiem w drugiej części odczytu niniejszego, obecnie zaś, nim streszczę wszystkie otrzymane wyniki, pozwolę sobie przytoczyć i powtórzyć różnego rodzaju dane liczbowe, dotyczące spostrzeganych przypadków reinjekcyi.

(Ciąg dalszy nastąpi).

I. Zjazd higienistów polskich we Lwowie.

Pierwszy Zjazd higienistów polskich odbył się we Lwowie od 19—22 lipca b. r. Wzięło w nim udział wielu higienistów tak z pomiędzy lekarzy jak i inżynierów i ludzi innych zawodów. Przybyli z Galicyi, Królestwa i zaboru pruskiego, a oprócz tego i ze stron dalszych (Petersburg, Suez). Referatów i odczytów zgłoszono kilkaset. Obradowano w dwunastu sekcyach, z których kilka było jeszcze podzielonych na podsekcye — wskutek tego niektóre miały po kilku tylko słuchaczy. Podczas zjazdu zwiedzano urządzenia higieniczne Lwowa, a po zjeździe odbyło się kilka wycieczek.

Ogólne wrażenie było bardzo dodatnie. Zjazd był widocznie potrzebny, skoro tak się powiódł. Inicyator Zjazdu Dr Polak z Warszawy, zebrał w powodzeniu tem zasłużoną nagrodę za swe kilkuletnie zabiegi o stworzenie instytucyi zjazdów higienistów polskich. Mają się one odtąd odbywać stale co cztery lata.

Do stałej delegacyi zjazdów higienistów polskich wybrano: prof. Dra Bujwida (Kraków), prof. Dra N. Cybulskiego (Kraków), Dra Janiszewskiego (Kraków), prof. Dra Panka (Lwów), Dra Kaczorowskiego (Lwów), Dra Mikołajskiego (Lwów), Dra Polaka (Warszawa), Dra Bączkiewicza (Warszawa), Dra Chełcharskiego (Warszawa), Dra Gantkowskiego (Poznań). Do komisyi szkontr. weszli: Dr Bernadzikowski, prof. Dr Grabowski. prof. Dr Kučera.

II. Zjazd internistów polskich we Lwowie.

Po pierwszym Zjeździe Internistów Polskich w Krakowie, w r. 1909 odbył się drugi we Lwowie w dniu 21 i 22 lipca b. r., z inną jednak organizacyą, jak krakowski. Mieliśmy wprawdzie uprzejmy komitet gospodarczy pod zapobiegliwem kierownictwem prof. Renckiego, lecz patronat nad Zjazdem objął Zarząd pod egidą niestrudzonego prof. Antoniego Gluzińskiego. Na czele kolegów lwowskich założył on osobne »Towarzystwo Internistów Polskich«. Towarzystwo to liczy już obecnie blisko 200 członków. Opłata roczna wynosi 8 koron rocznie, co już obejmuje wkładkę Zjazdową. Należy tylko przyklasnąć myśli założenia takiego Towarzystwa, gdyż ono będzie mogło brać udział jako samoistny organ w naradach Zjazdów międzynarodowych. I byłoby bardzo pożądanem, aby lekarze polscy zapisywali się jak najliczniej do tego towarzystwa. Zarząd towarzystwa został wybrany ten sam, co dotąd, z prof. Gluzińskim na czele. Wybrano także delegatów organizatorów zjazdowych dla poszczególnych miast polskich, dla Krakowa prof. Jaworskiego i doc. Latkowskiego. Między innemi uchwalono, aby Zarząd czuwał nad wykonaniem wniosku prof. Jaworskiego, powziętego jeszcze na I. Zjeździe, celem zwalczania środków tajnych i bezwartościowych, jak to czyni obecnie komisya kongresowa w Niemczech.

Zaznaczyć wypada z przyjemnością, że w Zjeździe wzięli udział i koledzy z innych działów medycyny, jak prof. Cybulski, Rydygier, Raczyński i inni, co było wielką korzyścią dla Zjazdu.

Tematów do obrad miał Zjazd podostatkiem, bo przeszło 80, a na dwa dni było tego za wiele; to też komitet skrócił czas wykładania do 15 minut. Aby ten termin utrzymać, przerywał prelegentom, co 15 minut krzykliwy budzik, nastawiony przez sekretarzy. Miało to ten skutek, że prelegenci nieprzygotowani na tę zasadzkę, spiesząc się, stawali się mało zrozumiałymi; rozpoczynali długimi wstępami, a kończyli właściwą rzecz kilkoma na prędce skleconemi zdaniami. Wypadałoby już przy organizacyi Zjazdu zapowiedzieć, na jak długi czas mają prelegenci swe przemówienia przygotować i wszelkie wstępy historyczne i niehistoryczne opuścić, a ograniczyć się do przedstawienia samej rzeczy i wniosków.

Niektóre tematy budziły ogólne zainteresowanie i musiały być nadprogramowo dłużej przedyskutowane. Jak pouczająca praca histologiczna doc. Hornowskiego nad czynnością gruczołów (zwłaszcza trzustki) o wewnętrznem wydzielaniu w przebiegu cukromoczu. Dopiero po pierwszy raz na Zjazdach polskich była traktowana sprawa elektrokardyografii przedstawiona przez pracowników z kliniki krakowskiej (prof. Jaworski, doc. Latkowski, Dr Mayer). Wielkie zainteresowanie w tej kwestyi wszczęło się po przemówieniu prof. Cybulskiego, którego Zjazd uprosił, aby zajął się także elektrokardyografią przypadków patologicznych i do nich swą teoryę zastosował. Wielką dyskusyę wywołała sztuczna odma opłucnej w celu leczenia gruźlicy płuc. Można było słyszeć zwolenników (Dr Dłuski, doc. Latkowski), jak i przeciwników (Dr Pisek) tego leczenia. Przeważnie zaś były zapatrywania sceptyczne w tej kwestyi. Z bardzo poważnymi pracami doświadczalnymi nad sprawą odmy opłucnowej, wystąpiła klinika lwowska (Franke, Łaba, Sabat, Szczepański, Tomaszewski).

Przedstawiono kilka nowości w dawnych metodach badania fizykalnego chorych. Dr Sędzimir z Wilamowic szczutkowe opukiwanie (neoperkusyę) i nowy przyrząd do niej, co przeważnie z uznaniem zostało przyjęte, prof. Jaworski oklepywanie klatki piersiowej i ucisk wibracyjny na jamie brzusznej, Dr K. Mayer osłuchiwanie tonów i szmerów serca przez nos i modyfikacyę osłuchiwania klatki piersiowej.

Żywą dyskusyę wywołała sprawa wrzodu okrągłego dwunastnicy, przedstawiona przez prof. Gluzińskiego z kliniki lwowskiej, a Dra Nowaczyńskiego na materyale kliniki krakowskiej. Zapatrywania odbiegały bardzo od przedstawienia tej sprawy przez chirurgów amerykańskich. Dyskusya wykazała, że w tej sprawie jest wiele jeszcze momentów ciemnych, a kol. Rejchman z Warszawy zaznaczył, że niema ona takiego praktycznego znaczenia, jak się jej nadaje. — Gorąca dyskusya toczyła się około sprawy kiły aorty (aortitis luetica), przedstawione przez Dra Piseka ze Lwowa, a Dra Z. Wachtla na licznym materyale kliniki krakowskiej. Dyskusya wykazała wielką zgodność uczestników w zapatrywaniach na rozpoznanie i leczenie tej cho-

Chemische Fabrik auf Actien (vorm. E. Schering)
Berlin N., Müllerstrasse 170/171.

HEGONON
Przetwór srebra i białka o świetnem działaniu.
Wybitnie wypróbowany przy wiewiórze.
Nowość: Kołaczyki hegononowe à 0,25 (rurki oryg. po 20 szt.)

ARTHIGON
Wysoce wielowartościowa szczepionka gonokokowa
do swoistego leczenia wiewióra.
szczególnie skuteczna przy wstrzykiwaniu śródżylnem, posiadającem także wartość rozpoznawczą.
Flaszeczki à 6 cm³.

HORMONAL
(Peristaltikhormon według Dra Zuelzer'a)
w flaszeczkach à 20 cm³ (brunatne flaszeczki do wstrzykiwań śródmięśniowych, niebieskie flaszeczki do wstrzykiwań śródżylnych).
Poprawiony przetwór, 1 b
Swoiście działający środek przy przewlekłych zaparciach i pooperacyjnych ostrych porażeniach jelit.

Hypophysen — Extract „Schering“
Fizyologicznie nastawiony i klinicznie wypróbowany wyciąg.
W ampułkach à 1/2 i 1 cm³ = 0, 1 wzgl. 0, 2 świeżej substancyi gruczołowej.
Szczególnie wypróbowany jako doskonały środek wzmacniający bóle porodowe.

roby. Przedewszystkiem zwracano uwagę na wielką częstość tego cierpienia u młodych mężczyzn.

Wiele wykładów musiało spaść z porządku dziennego, czego bardzo żałować należy, gdyż nie doszły do skutku ogromnie ciekawe wyniki roentgenologiczne z badań i leczenia kliniki lwowskiej (prof. Gluzinski, Dr Pańczyszyn, Orzechowski, Lehm); będące bardzo na czasie tematy aktualne, jak Dr Sabata, roentgenoterapia w medycynie wewnętrznej, prof. Jaworskiego badanie roentgenoskopowe a fizyczne żołądka, i wiele jeszcze innych zajmujących tematów. Należałoby na przyszłość demonstracye od odczytów oddzielić i traktować je przed odczytami na osobnych posiedzeniach, gdyż demonstracye bywają więcej pouczające niż odczyty, a często mają jako nowe pomysły pierwszorzędne znaczenie dla lekarza praktycznego, zwłaszcza jeżeli dotykają dziedziny u nas tak bardzo zaniedbanej, jak terapia.

Nie mógłbym zakończyć mego szkicu zjazdowego, gdybym nie podniósł uprzejmości, koleżeństwa, a zwłaszcza gościnności członków komitetu urządzającego i kolegów lwowskich. Szkoda tylko, że tak mało kolegów krakowskich z tego skorzystało, bo chociaż Kraków dostarczył Zjazdowi 19 tematów naukowych, to liczba uczestników krakowskich była zadziwiająco szczupła, bo tylko 7, a w tej pięciu klinicznych; a jednak niejeden praktyk mógł odnieść korzyść zawodową i odświeżyć miłe koleżeństwo z lat młodych.

Postanowiono, aby przyszły Zjazd odbył się we Lwowie w r. 1916 jako sekcya Zjazdu przyrodników i lekarzy. Jako tematy ogólne wyznaczono: Wrzód dwunastnicy, schorzenia gruczołów limfatycznych i roentgenografia w medycynie wewnętrznej.

Uczestnik.

Wiadomości bieżące.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 12. VII. do 18. VII. 1914 zgłoszono przypadków: błonicy 2 † — (obcych — † —), krztuśca 2 † —, ospy wietrznej 5, płonicy 12 † 2 (1 † —), odry 3 † 1, duru brzusznego 2 † — (— † —), czerwonki 2 † — (5 † —), róży 1, ospy (1).

Dr Janiszewski.

Sprostowanie. W numerze 28. Przegl. lek. w artykule Dra S. Sterlinga zaszły następujące pomyłki drukarskie:

Str. 438, szpalta 2, w. 16 i 17 od góry. Zamiast: Kuthyego, Gerhardta i Nicola — powinno być: Kuthyego a), Gerhartza b) i Nicola c).

Str. 438, szpalta 2, w odsyłaczu. Zamiast: Gerhardta — powinno być: Gerhartza.

Str. 438, szpalta 1, w. 13 od góry. Zamiast: Gerhardta — powinno być: Gerhartza.

Str. 438, szpalta 1, w tabliczce. Zamiast: c. syptomat. Bronchopneumoniae seu Pneumoniae — powinno być: c. symptomat. Bronchopneumoniae seu Pneumoniae.

Str. 439, szpalta 1, w. 3 od dołu. Zamiast: okoliczność i możliwość — powinno być: okoliczność: możliwość.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w lipcu 1914.

Gazeta lekarska. Nr 27—39. Kopytowski: Przyczynek do zmian anatomo-patologicznych, wywołanych przez działanie na zdrową skórę sulfoformu. Wskazania lecznicze (27—28). — Kowalski (dok. 27). — Jakowski: Leczenie cukrzycy (29). — Hellin: O nieznanej dotychczas własności surowicy ciężarnych i noworodków (29). — Kopczyński: W sprawie promieniowania bólu (29). — Jaworski: Profilaktyka raka macicy (29). — Goldberg i Lipsztat: Dwa przypadki choroby Morgagni-Stokes-Adamsa, jeden na tle bloku serca, a drugi na tle bloku i rozkojarzenia czynności komór i przedsionków (29). — Kopytowski (dok. 28).— Rząśnicki: Przypadek choroby Addisona (28). — Jaroszyński: W kwestyi wykształcenia lekarzy prowincyonalnych Król. polskiego (28). — Szczawińska: Beztlenowce i ich udział w patologii ludzkiej (30). — Rząśnicki: Przypadek raka przełyku przebiegającego pod postacią skurczu bolesnego (30).

Medycyna i Kronika lekarska. Nr 26—30. Grosglik: Próby immunoterapeutyczne w syfilisie (27—28). — Gantz (dok. 27).— Karbowski: O nieobserwowanym jeszcze zespole objawów błędnikowych, wywołanych przez zmiany niezapalne w szlaku nerwu przedsionkowego (drżenie gałek ocznych, objaw Brunsa, ew. Baranyego, objaw przetokowy) (28). — Kopaczewski i Mutter-milch: O powstawaniu anafilotoksyn (29). — Juwiler: Przypadek zwyrodnienia torbielowatego nerek (29). — Puterman: Kilka słów o skazie kurczowej dziecięcej (spasmophilia infantum (30). — Nisenson: O rzadkiem powikłaniu przypadku płonicy skazą krwotoczną (30).

ŚRODKIEM MNIEJ ZATRUWAJACYM NA ZNIECZULENIE LOKALNE O WŁAŚCIWEJ SKUTECZNOŚCI JEST

STOWAINA

Która nie wywołuje zawrotów głowy, ani mdłości ani dolegliwości żoładkowych.

UZYWA SIE JEJ JAK KOKAINY, NATOMIAST NIE WYTWARZA STOWAINA NAŁOGÓW.

Kilka sposobów zastosowania stowainy:

BALSAM przeciw pęknięciom skóry
Stowaina . . . 0 g 40
Acidi bor. . . . 0 g. 20
Sous-gallate d. bism. . 8 g.
Balsam Peru . . . 2 krop
Lanolina-waselina āā . . . 10 g

PIGUŁKI przeciw dolegliwościom żołądkowym
Stowaina . . . . . . 0 g 02
Magnezya hydr. . . . . 0 g 60
Kreda preparowana . . . 0 g 40
Sod bicarb . . . . . 0 g. 40
(Bierze się jedną pigułkę po każdem jedzeniu)
(HUCHARD)

POMADA przeciw hemoroidom
Stowaina . . . . 0 g. 25
Adrenalina (1 0 00), . . . 6 krop.
Lanolina
Waselina . . . āā 6 g.
(HUCHARD)

LES ETABLISSEMENTS POULENC FRÈRES, PARIS

Wylaczne zastepswo na Austro Wegry M. KRIS, Wien, I. Stefansplatz 8

Tygodnik lek. Nr 27—30. Gozdziewski: W sprawie zespołu objawów przy tak zwanej chorobie Bantiego (27—28). — Grossek: Zimnica we Lwowie (27—29). — Pechkranc: Rozszczepienie klatki piersiowej boczne. Patogeneza tego zniekształcenia (30). — Rothfeld i Siengalewicz: Badania doświadczalne nad zachowaniem się płynu mózgowo-rdzeniowego pod wpływem ostrych zatruć, wywołanych tlenkiem węgla, arsenem i ołowiem (30). — Bednarski: Dwa przypadki wydobycia odłamków kapsli z przedniej komory oka (30). — Sołtysik: Niezwykły przypadek sodomii (30). — Ziembicki: Przyczynek do chirurgii torby sieciowej (30). — Progulski: O rokowaniu u dzieci zakażonych gruźlicą w pierwszym roku życia (30).

Nowiny lek. Nr 7—8: Klęsk: Złamanie żeber (7). — Bogdanik: Płaszcz ochronny i taśmówka do sztucznego słońca górskiego (7). — Palmirski: Cholera ze stanowiska epidemiologii, biologii i higieny publicznej (7). — Bujwid: Najprostszy sposób desynfekcyi rąk i niektórych narzędzi (8). — Jaworski: Neomaltuzyanizm ze stanowiska higieny społecznej i indywidualnej (8), — Krzyształowicz: Grzyby chorobotwórcze skóry owłosionej (8). — Serkowski: O gronkowcach chorobotwórczych (8). — Dobrzyński: Rozwój idei miast-ogrodów w Królestwie polskiem (8). — Wielowiejski: W sprawie oczyszczenia wód odpływowych (8). — Gantkowski: Z dziedziny partactwa w lecznictwie (8). — Rosenberg: Seksologia, jako nauka ścisła (8).

Nowiny Ciechocińskie. Nr 1—4. Dembicki: Powietrze w bliżkości tężni ciechocińskiej (1). — Nebel: Znaczenie zabaw i gier ruchowych w zdrojowiskach (1—2). — Olszewski: Ciechocinek współczesny i w przeszłości (2). — Kramsztyk: O koloniach leczniczych dla dzieci (3). — Kolonia im. Stan. Markiewicza (3).— Ciągliński: Rola elektryczności w lecznictwie kąpielowem (4).— Gospodą dla włościan w Ciechocinku (4). — Nałęcz: Pierwsze wrażenie w Ciechocinku (4).

Przegląd chirurg. i ginekol. T. X. Z. 3. Bylicki: Nowoczesne leczenie nieoperacyjne nowotworów macicy. — Czyżewicz: Dwa przypadki ciąży śródmiąższowej. — Falgowski: O zachowawczej dążności leczniczej w operowaniu mięsaków macicznych. — Gromadzki: Powikłanie ciąży i porodu torbielami jajnikowemi. — Jakowicki: Drgawki porodowe na podstawie materyału kliniki położniczej lwowskiej. — Jaworski: O wpływie mechanizmu porodu na przyszły rozwój dziecka. — Mars: Peritonitis migrans. — Monsiorski: W sprawie rozpoznawania kamieni moczowodowych w miednicy kobiecej. — Neugebauer: Kilka rzadszych spostrzeżeń z kazuistyki własnej. Czerwiński: O ciąży powikłanej bąblowcem w tkance okołomacicznej.

Lekarz wileński. Nr 6. Waszkiewicz: Dwa przypadki cięcia cesarskiego pochwowego (6). — Wirszubski: Przyczynek do kazuistyki oponowo-móżdżkowego zbioru objawów Foerstera.

Postęp okulist. Nr 5—6. Wicherkiewicz: Nowa operacya opadniętej powieki. — Bednarski: Przyczynek do statystyki ślepoty u dzieci.

Przegląd zdrojowo-kąpielowy Nr 6. Mędrkiewicz (dok.).— Wycieczka medyków U. J. do zdrojowisk zachodnio-galicyjskich. — Mazanek: Zakład zdrojowo-kąpielowy w Lubieniu wielkim koło Lwowa. — Wąsowicz: Wskazania lecznicze dla naszych zakładów zdrojowo-kąpielowych.

Przegląd chorób skórnych i wener. 1913. Nr 10—12. Malinowski: O dermatomykozach (c. d.).

Przegląd higieniczny Nr 6—8: Kaczorowski: Gruźlica a szkoła. — Puławski: Walka z chorobami zakaźnemi w miastach, osadach, wsiach (7—8). — Batko: Służba sanitarna w Egipcie (7—8). — Skałkowski: Ubezpieczenie od wypadków w fabrykach maszynowych (7—8).

Kronika dentyst. Nr 7: Zawidzki (c. d.).

Pamiętnik Towarzystwa lek. warsz. Tom 110. Zesz. 2. Nowicki W.: Otwór górny klatki piersiowej w świetle badań anatomicznych i stosunek jego do gruźlicy płuc pochodzenia szczytowego.

Zdrojownictwo i turystyka Nr 7—8. Żurakowski: O uzdrowiskach galicyjskich, — Śniadowski: Motory dla zakładów kąpielowych. — Makowiczka (dok.). — Porębski: Wybór motorów w zdrojowiskach, ze stanowiska higieny.

Zdrowie. Nr 7. Polak: I. Organizacya higieny publicznej w Polsce. — Bączkiewicz: Walka ze śmiertelnością dzieci. — Serkowski: Symbioza i antagonizm bakteryi w ściekach i zbiornikach biologicznych. — Szczawińska: Znaczenie beztlenowców w ustroju. — Sokołowski: Rola szpitala w walce z gruźlicą. — Brzeziński i Peltyn: Dziecko robotnika fabrycznego w Zawierciu. — Dobrzyński: Postępy idei miast-ogrodów w Anglii i u nas.

Głos lekarzy Nr 14. Mischke: Eutanazya, czy eubiotyka. — Mikołajski: Lwów, jego gospodarka sanitarna i stosunki zdrowotne.

Słowo lek. Nr 12. Odezwa w sprawie kasy pogrzebowej.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Kazimierz Majewski.

HUNYADI JÁNOS
GORZKA WODA NATURALNA
NAJLEPSZY ŚRODEK CZYSZCZĄCY
ZWRACAĆ UWAGĘ NA FIRMĘ ANDREAS SAXLEHNER NA KAŻDEJ ETYKIECIE

Szczawa Krondorfska uznana za najlepszą naturalną.
Najlepsze skutki w nieżytach żołądka i pęcherza, jakoteż dróg oddechowych. 205
Prospekty rozsyła na żądanie Brunnen-Unternehmung Krondorf bei Karlsbad lub też Generalna reprezentacya dla Galicyi i Bukowiny, Kraków, Grodzka 48. Lwów, Sykstuska 31.

KARLSBAD Dr W. Maleszewski
b. Asyst. Kliniki krakowskiej
ordynuje jak dawniej „Haus Nastopil".
O otwarciu własnego
SANATORIUM (PENSION MÉDICALE-DIÈTÉTIQUE)
wyjdą osobne oznajmienia. 288

MATTONI'EGO SÓL MUŁOWA
z leczniczego mułu - Soos pod Franzensbadem. :: Naturalne zastępstwo kąpieli mułowych w domu. Zastosowanie podług przepisu lekarskiego. Żądać zawsze MATTONI'EGO SOLI MUŁOWEJ.

Dr WŁADYSŁAW KLUGER 235 b. Asystent kliniki chorób wewnętrznych Uniw. Jagiel. ordynuje jak lat ubiegłych
w MARYENBADZIE, Dom „Stadt Hannover" Kirchenplatz.

Dr M. Wachnianin ordynuje jak ubiegłych lat od maja w KARLSBADZIE
dom »Goldener Löwe« naprzeciw Kurhausu. 243

Dr MAKSYMILIAN 284 FUCHS ordynuje jak dawniej
w Badenie (pod Wiedniem) ul. Renngasse 6.

Rok LIII. Kraków, dnia 8 sierpnia 1914 Nr 32.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Uszkodzenie oka ślepego pod względem sądowo-lekarskim.

Napisał

Prof. Dr Bednarski.

W r. 1913 opisałem w »Tygodniku Lekarskim «przypadek zranienia oka, przedtem ślepego, w którym następowo doszło do zaniku zranionej gałki ocznej. Zadając sobie pytanie, czy takie uszkodzenie jest t. zw. »utratą oka« w zrozumieniu § 156. a. u. k., wyraziłem zapatrywanie, że nie.

Wkrótce po ogłoszeniu powyższego przypadku, zdarzył mi się w praktyce sądowo-lekarskiej podobny, który pozwalam sobie poniżej opisać ze względu na rzadkość podobnych przypadków.

W dniu 19. XII. 1913 r. przyprowadzono mi do mieszkania mężczyznę 54-letniego celem wydania orzeczenia.

Z aktów, z przesłuchania poszkodowanego dowiaduję się, że tenże przy końcu listopada 1911 r. jechał furą w orszaku weselnym, jako skrzypek, gdy w tem ktoś pokryjomu zaczął rzucać kamieniami, przyczem jeden kamień trafił go w lewe oko, które skutkiem tego wypłynęło. Poszkodowany, zasięgał jednorazowo porady lekarskiej w Jaworowie, drugi raz nie był u lekarza, gdyż już nie było ratunku na oko. Przedtem oko lewe tak wyglądało, jak teraz prawe, miał na obu oczach od urodzenia bielma, ale trochę widział. Od wypadku jedno oko całkiem stracił.

Poszkodowany nie był dotąd badany przez lekarza znawcę.

Historya choroby: 1. Poszkodowany podaje jak powyżej, nadto na szczegółowe pytanie zeznaje, że przez półtora miesiąca, po doznanym urazie, był chory, tak, że leżał w łóżku. W dwa miesiące po urazie zaczął grać na skrzypcach (badany jest z zawodu grajkiem i z tego się utrzymywał), ale grał więcej dla siebie, bo ludzie, od czasu urazu, nie chcą go wynajmować na grajka, dlatego że ma brzydkie oko. Obecnie żona i dziewczyna utrzymują go. Jak to wie od swej matki, wzrok miał stracić w 3—4 miesiącu życia, po jakiejś chorobie — zaraz po urodzeniu miał mieć czyste oczy. Na oko lewe nigdy nie był operowany.

2. W okolicy oka lewego, jakoteż na powiekach i spojówce nie znajdujemy śladów urazu.

3. Powieki oka lewego w głąb zapadnięte. Spojówka powieki dolnej lekko przekrwiona i obrzękła, ciało brodawkowe lekko przerosłe. Powieki górnej odwrócić nie można. Oczodół pusty, jak po wyjęciu oka, wysłany spojówką. Palcem wyczuć można w głębi twardszy opór, mogący odpowiadać resztce gałki ocznej, silnie zanikłej, przy ucisku tkliwej.

4. Oko prawe: Szpara powiekowa niższa. Spojówka powiekowa miernie przekrwiona i obrzękła. Spojówka górnej powieki i załamek zgrubiałe, zbliznowaciałe, ciało brodawkowe przerosłe. Spojówka gałkowa lekko przekrwiona.

5. Na rogówce rozległa blizna, zajmująca prawie całą rogówkę, tak, że tylko górą wązki pasek rogówki jest przeźroczysty. Blizna ta jest gruba, spłaszczona, tęczówka w nią wrośnięta. Górą przednia komora utrzymana, płytka. Tęczówka oliwkowo-zielonawo-żółta, zanikła. Źrenica niewidoczna, w bliznę wrośnięta.

6. Badany okiem prawem liczy palce przed okiem. Rozeznaje światło świecy na 6 m, lokalizuje dobrze. Podaje, że obecnie ze swej wsi do miasta sam zajdzie, po swej zagrodzie sam chodzi, gdzie jednak nie zna terenu, to musi go ktoś prowadzić. Podaje, że przed urazem z przed dwóch lat nie widział lepiej, niż obecnie.

7. Napięcie gałki prawidłowe. Dno oka wziernikiem nie prześwieca.

Na podstawie powyższego badania wydałem z drugim kolegą, następujące orzeczenie:

I. U poszkodowanego stwierdzamy zupełny zanik gałki ocznej lewej, połączony z utratą widzenia na oku lewem. Na oku prawem stwierdzamy przewlekłe zapalenie spojówki, blizny spojówkowe, bliznę rogówki z wrośnięciem tęczówki i osłabienie siły widzenia tak znaczne, że oko to, t. j. prawe, musimy uważać za ślepe.

II. Dzisiejsze badanie przedmiotowe nie daje nam podstaw do twierdzenia wprost, że zanik gałki ocznej lewej jest następstwem urazu z listopada r. 1911. o tyle, że nie stwierdziliśmy blizn pourazowych ani w okolicy oka, ani na powiekach lub na spojówce oka lewego.

Na podstawie jednak zeznania świadka, Hrynki Cz. Nr 2423/13, który podaje, że krytycznego dnia w listopadzie r. 1911, poszkodowanemu ciekła krew z oka, jakoteż na podstawie doświadczenia lekarskiego, które poucza, że zanik gałki tego stopnia, jak u poszkodowanego, zdarza się tylko po urazie, skoro »oko wypłynie«, orzekamy, że zanik gałki ocznej lewej mógł być następstwem urazu, zadanego w czasie i w sposób, jak w aktach podano i stanowi uszkodzenie ciała samo przez się ciężkie, połączone z nadwerężeniem zdrowia i niezdolnością do pracy przez czas powyżej dni 30.

Przytem nadmieniamy, że dla dokładności należałoby przesłuchać lekarza z Jaworowa, u którego miał być poszkodowany po urazie celem zasięgnięcia porady lekarskiej.

III. Zanik gałki ocznej lewej połączony jest z utratą widzenia na temże oku. Ponieważ, jak to badany sam po-

daje, już przed dniem krytycznym, na oko lewe widział tyle, co i na prawe, t. zn. że oko lewe było także ślepe, dalej ponieważ sam zeznaje, że przed urazem nie widział wogóle lepiej, niż obecnie, przeto orzekamy, że w danym przypadku nie zachodzi utrata widzenia na oku lewem, jako następstwo urazu, ani też trwałe osłabienie wzroku w zrozumieniu § 156a. u. k. skutkiem tej szczególniejszej okoliczności, że poszkodowany już przed urazem z listopada 1911 r. był ślepy. Oczy bowiem takie, któremi osobnik widzi tylko palce przed okiem, uważamy za ślepe.

IV. Należy jeszcze odpowiedzieć na pytanie, czy chodzi tutaj o utratę oka w zrozumieniu § 156a. u. k.?

Zanik gałki ocznej lewej jest tutaj tego rodzaju i tego stopnia, że równa się on w zupełności utracie oka. Po rozchyleniu powiek widzimy, że oczodół jest pusty, nawet śladu gałki ocznej nie widać, podobnie jak po wyjęciu gałki.

Z drugiej strony jednak musimy wziąść na uwagę okoliczność, że oko lewe przed dniem krytycznym było ślepe. Prawodawca w § 156a. u. k. mówi o utracie »oka«; należy tutaj przyjąć pod pojęciem »oka« oko widzące, lepiej lub gorzej, ale w każdym razie widzące.

Zanik gałki ocznej lewej u poszkodowanego nie jest bez znaczenia, ponieważ, jak poszkodowany podaje, ludzie od czasu urazu nie chcą go wynajmować za grajka, dlatego, że ma brzydkie oko. Ta brzydota polega na tem, że powieki oka lewego są w głąb zapadnięte.

Mimo tego sądzimy, że zaniku gałki ocznej lewej nie należy w danym przypadku uważać za utratę oka w zrozumieniu § 156a. u. k., a to z powodu tego, że poszkodowany na oko lewe był ślepy.

Natomiast możnaby przyjąć jako szczegół obciążający oszpecenie, przyczem jednak zauważyć należy, że poszkodowany może nosić sztuczne oko, które nawet byłoby ładniejsze, aniżeli dawniejsze oko z bielmem, tak, że nosząc sztuczne oko, nie mógłby się skarżyć, że ludzie nie chcą go najmować za grajka, dlatego, że ma brzydkie oko.

Z drugiej zaś strony wziąwszy pod uwagę wiek, stanowisko i inteligencyę poszkodowanego należy przyznać, że rzeczywiście trudno wymagać od niego, aby nosił sztuczne oko.

W powyżej przytoczonem orzeczeniu rozebraliśmy motywa, które skłoniły nas do nieprzyjęcia w danym przypadku tak trwałego osłabienia wzroku, jakoteż utraty oka w zrozumieniu § 156a. u. k., aby sędzia mógł mieć podstawę do wydania orzeczenia. Przypadek powyższy jakoteż przypadek opisany przezemnie zeszłego roku (l. c.) wskazuje na brak ścisłego określenia pojęcia »utraty oka« w ustawodawstwie karnem.

Metoda psychoanalityczna Freuda i jej kryterya.

Podał

Dr Stefan Borowiecki,

asystent klin. chorób nerw. i umysł. U. J.

(Wykład wygłoszony na II Zjeździe neurologów, psychiatrów i psychologów polskich w Krakowie d. 21. XII. 1912).

(Dokończenie.)

Uprzytomniając sobie wszystko, co powyżej powiedziałem, zgodzić się możemy najzupełniej ze zdaniem Sommera [9], który dostrzega w nauce Freuda, a więc przedewszystkiem w samej metodzie psychoanalitycznej, odłam wciąż wzrastającej analizy zjawisk psychopatycznych, jaka się od szeregu dziesięcioleci daje w psychiatryi zauważyć, a wobec rozległego zakresu zjawisk, z jakiemi metoda ta ma do czynienia, widzi w niej bardzo ważną część psychiatryi spostrzegającej, opisowej. W rzeczywistości odnosi się wrażenie, że żadna dotychczasowa metoda nie obejmuje tak całości życia psychicznego, sięgając aż do najskrytszych jego tajemnic, jak metoda psychoanalityczna; robi ona to przytem przy pomocy środków bardzo prostych, wyławiając starannie ślady najważniejszych wydarzeń życiowych. Ktoś, ktoby chciał przy pomocy zwyczajnych wywiadów poznać życiorys psychiczny chorego, nietylko nie dowiedziałby się wielu rzeczy dlatego, że sam chory ich nie pamięta, a inne szczegóły życia świadomie czy nieświadomie przekręca, ale nadto nie wiedziałby wreszcie, jakie ma pytania stawiać. Przy podkreślaniu tego pierwszorzędnego rysu opisowego, cechującego metodę psychoanalityczną, sięgającą poza życie świadome, jako niewystarczające źródło poznania życia psychicznego, aż do nieświadomości, nasuwa się zestawienie psychoanalizy z objektywną psychologią albo psychorefleksologią Bechterewa [10]), zresztą stojącą na najzupełniej przeciwległym krańcu: jakkolwiek nie czyni ona celem swych badań nieświadomości, wyklucza ona również z zakresu swoich badań zupełnie świadomość z powodu jej nieścisłości i ogranicza się tylko do badania stosunku odczynu do podniet zewnętrznych. Można powiedzieć, pozornie może paradoksalnie, że dążenie do przedmiotowości w psychologii zaznaczyło się pomimo odmiennego zupełnie zakresu badania zarówno u Bechterewa, jak u Freuda, obydwóch bowiem świadomość, jako źródło poznania życia psychicznego nie zadowalnia, obydwaj stwarzają też nowe metody jego badania. Z pewnego punktu widzenia bowiem każde rozszerzenie zakresu badań, każde wskazanie nowych ustosunkowań musi uchodzić za objaw wzrastającego dążenia do przedmiotowości. Tę uwagę robię wbrew opinii ogólnej — pomimo, że metoda psychoanalityczna uchodzi bodaj za metodę, najbardziej podmiotową, lecz zarzut ten podmiotowości bywa skierowany zazwyczaj przeciwko innej stronie psychoanalizy, do której rozpatrzenia teraz przejdziemy.

Materyał, zdobyty przy pomocy środków metody psychoanalitycznej dotychczas opisanych, a więc przy pomocy skojarzeń luźnych, jest, jak łatwo się domyśleć, bardzo bogaty, gdyż nawet człowiek, który nic nam o sobie sam, ani na pytanie opowiedzieć nie umie, może podać wiele myśli, przesuwających mu się na dany temat bez pozornego związku przez głowę. To, cośmy dotychczas poznali, jako materyał, tą metodą osiągnięty, są to przedewszystkiem niewątpliwe fakty, którym nic zarzucić nie można, fakt bowiem uzasadnienia nie wymaga. Ale nasuwa się tutaj pytanie dalsze, w jaki sposób drogą luźnych skojarzeń do objawów i marzeń sennych, dowiemy się cośkolwiek o objawie, o śnie, czy o postępowaniu chorego. Innemi słowy, zyskujemy tą metodą wiele wiadomości o indywidualnem

[9]) Sommer, Klinik für psychische und nervöse Krankheiten, V, 1910.

[10]) Die objektive Psychologie und ihre Begründung. Journ f. Psychologie und Neurologie. Bd. XIV, 1909.
Objektiwnaja psichołogia. 1910. Petersburg.

życiu danego osobnika, ale rzeczą jeszcze niedowiedzioną jest związek przyczynowy pomiędzy ujawnionemi przeżyciami, a objawami, pochodzenie jawnej treści marzenia sennego z treści ukrytej i t. d. Otóż rozpatrzmy drogę, jaką psychoanalityk posuwa się dalej, docierając na podstawie tych luźnych pomysłów do genezy różnych tworów psychicznych. Fakty, zdobyte metodą kojarzeniową, wyżej opisaną, jakkolwiek mogą nam nawet bez wszelkiego zestawiania dać znakomity obraz życia psychicznego danej jednostki, stanowią jednak zaledwie surowy materyał, z którego dopiero przez ugrupowanie i wnioskowanie dojść możemy do poznania mechanizmów psychicznych różnych treści patologicznych i prawidłowych. To też wywołana koniecznością oryentowania się wśród licznych szczegółów życia indywidualnego, wychodzących na jaw przy psychoanalizie, powstała swoista technika tłómaczenia i interpretacyi skojarzeń, objawów, snów, jak i postępowania.

Ta interpretacya skojarzeń wzbudza, jak wiadomo, największą nieufność ku psychoanalizie. Cała ta tak zwalczana interpretacya ma być jednak w rzeczywistości przeróbką syntetyczną otrzymanego materyału faktycznego, ma ona być oparta na wnioskowaniu, którego zasady trzeba poznać, aby módz ocenić metodę psychoanalityczną. Pomijając w psychoanalizie ten pierwiastek indukcyjny wnioskowania z faktów, a widząc w niej tylko dedukcye i tłómaczenia w sensie teoryi założonej z góry, a nieuznawanej za słuszną, okazalibyśmy zupełną nieznajomość jej podstaw. W żadnym razie nie polega interpretacya psychoanalityczna na dowolnem powiązaniu pierwszych lepszych zjawisk życia danej jednostki. Mówiąc inaczej, nie da się ona porównać z improwizacyą na temat zaznaczony w kilku dowolnie zaprodukowanych przez analizowanego przeżyciach, jak to niektórzy zdają się przypuszczać, a nawet twierdzą. Indywidualność improwizującego rozstrzygałaby wtedy o treści improwizowanego, podczas gdy w psychoanalizie z samych faktów na podstawie wydobytego materyału powinien lekarz i chory dojść do pewnej interpretacyi. Poglądy, wytworzone przez psychoanalityków o histeryi, nerwicy przymusowej, otępieniu wczesnem (dementia praecox) nie dadzą się przenieść na inne psychozy, jak to przypuszcza Weygandt. Nie z wytworami wyobraźni spotykamy się zatem w wynikach metody psychoanalitycznej, ale z wynikami pewnego syntetycznego oświetlenia faktów, zdobytych metodą kojarzeniową; oświetlenie to, oparte na wyborze faktów, dokonanym według pewnych ich cech i na dokładnej ich analizie, jest nieuniknioną koniecznością, o ile chodzi o wykrycie jakiegoś mechanizmu psychicznego. W podobny sposób powstały pojęcia psychoanalityczne w rodzaju tłumienia (Verdrangung), stłoczenia (Verdichtung), przesunięciu nacisku psychicznego (Verschiebung) wypaczenia, symbolu i inne, w których szczegółowe omawianie wdawać się tutaj nie mogę.

Ale nawet, jeśli uwzględnimy tę pracę syntetyczną psychoanalizy, możemy pozornie z pewnego stanowiska podać w wątpliwość jej wyniki, jako oparte na fałszywem założeniu: idzie mianowicie o to, co te wyniki przedstawiają. Niewątpliwie bowiem dowiadujemy się przy pomocy psychoanalizy, wychodząc z danego marzenia sennego lub objawu, bardzo wiele o życiu psychicznem danego osobnika, bynajmniej nie jest jednak dowiedzione, aby materyał, wydobyty z nieświadomości drogą metody psychoanalitycznej, a wyrażony w pewnej interpretacyi, pouczał nas o istocie marzenia sennego lub objawu. Jakeśmy mówili jednak, jestto fakt empiryczny, że pomysły luźne pośrednio wiążą się wszystkie z kompleksami, nie zjawiają się one przytem chaotycznie, lecz zmierzają wszystkie w jakimś określonym kierunku, którego początkiem był analizowany objaw. Odnosi się wrażenie, jakgdyby analizowany ulegał jakiej »dyrektywie nieświadomego«, która wiedzie go do pewnego tematu zaznaczonego, dajmy na to, we śnie, do aktualnych wydarzeń dni najbliższych, a w dalszych pomysłach aż do odległych czasów dziecięcych. Ta nić, wiążąca marzenia senne i pomysły wskazuje, że, posiłkując się metodą psychoanalityczną jesteśmy na dobrej drodze co najmniej do poznania jego składników; jeśli natomiast interpretacya tego marzenia różni się od jego treści jawnej, nie wypływa to koniecznie z jej fałszywości, lecz może być wynikiem niejednakowych praw, rządzących naszą świadomością i nieświadomością: nie możemy bowiem żadną miarą zrozumieć pracy nieświadomości, jak to twierdził jeszcze Griesinger o bredzeniach (deliria), jeśli mierzyć je będziemy wymaganiami naszego świadomego myślenia.

Jakkolwiek dziwnem wydawać nam się będzie, że w psychoanalizie skojarzenia, nie kierowane dowolnie i świadomie, mogą nas zaprowadzić do jakiegoś określonego celu, to jednak czysto teoretyczne rozumowanie nad warunkami, jakim musi odpowiadać metoda przeznaczona dla poznania i zrozumienia mechanizmu psychicznego marzenia sennego lub mówiąc ogólnie objawu, doprowadzi nas do przekonania, że metoda psychoanalityczna jest dotychczas najwłaściwszą metodą badań w tym kierunku.

Metoda psychoanalityczna jest mianowicie metodą, która drogą poznania indywidualnych kompleksów daje nam najbardziej przybliżony, bo najbardziej wszechstronny obraz życia psychicznego danej jednostki, obejmując przytem naszą świadomość, zarówno jak nieświadomość. Jak widzieliśmy, zbliżam się pod tym względem do zapatrywania Sommera, który w nauce Freuda widzi bardzo ważną część psychiatryi spostrzegającej. Otóż powiedzieć można z góry, że najbliższą poznania takich zjawisk, jak np. marzenie senne, będzie ta metoda, która roztacza nam najszerszy, nie mówię najwierniejszy, obraz życia psychicznego. Każde badanie bowiem jest tem trudniejsze, z im większą ilością niewiadomych ma do czynienia, w zakresie badań psychoanalitycznych natomiast ilość niewiadomych jest bardzo wielka; aby możliwie zmniejszyć zatem ilość tych niewiadomych, należy poznać przedewszystkiem życie psychiczne danej jednostki w sposób możliwie najdoskonalszy: metoda psychoanalityczna, jako metoda dostarczająca dzisiaj pod tym względem najcenniejszego materyału, ma więc najwięcej szans zrozumienia wszelkich objawów psychicznych z punktu widzenia ich genezy. Twierdzenie, że badanie snu oparte być musi, co najmniej w znacznej części, na wszechstronnem badaniu psychicznego »curriculum vitae« danej jednostki, jest tak ogólne, że musi ono być słuszne, jakkolwiek przyznać musimy, że nie wiemy dzisiaj, ile z tego życiorysu psychicznego do analizy snu będzie potrzebne. Na pytanie odwrotne natomiast, czy możliwa jest analiza snu bez tej wszechstronnej znajomości życia psychicznego, nie da się, zdaniem mojem, odpo-

wiedzieć przy dzisiejszym stanie wiedzy w sposób ścisły i pewny, ani przecząco ani twierdząco[11]). To samo cośmy tu mówili o analizie snu, stosuje się do poznania mechanizmu psychicznego objawów neurotycznych, względnie psychotycznych.

Ale wypowiedziane przezemnie zdanie, że metoda psychoanalityczna daje nam możność najlepszego zoryentowania się w życiu psychicznem indywidualności z punktu widzenia genetycznego, wymaga bliższego wyjaśnienia, zwłaszcza, że niejednokrotnie robiono metodzie psychoanalitycznej zarzut, że nie może ona w tej postaci, w jakiej ją przedstawiłem, t. j. w postaci pomysłów luźnych do snów i wszelkich objawów neurotycznych, względnie psychotycznych, rościć sobie pretensyi do wyłączności pod tym względem, i że do tych samych wyników dojść można innymi sposobami. Twierdzono n. p., że dowolne wyobrażenia można obrać sobie za punkt wyjścia i przez szereg skojarzeń dojść do tych samych wyników na tej zasadzie, że wszystkie wyobrażenia są ze sobą powiązane. Snując dalsze wnioski z tego zarzutu, powiedziećby można, że możliwy jest szereg różnych metod psychoanalitycznych, które różnić się będą od siebie tylko punktem wyjścia. Freud zaleca za punkt wyjścia do luźnych pomysłów obrać sobie sny lub inne objawy, ktoś inny zaproponować może oparcie się na pierwszem lepszem wyobrażeniu. Zarówno zarzut poruszony tutaj jak i wniosek z niego wyprowadzony, są do pewnego stopnia słuszne. Przedewszystkiem co do samego zarzutu: godzi on pozornie w samą podstawę metody psychoanalitycznej, w rzeczywistości jednak nie obala on jej wcale, przyczynić się zaś może jedynie do wyświetlenia jej założeń i posłużyć za punkt wyjścia do nowych badań. Niewątpliwie bowiem możemy, obierając sobie jakiekolwiek wyobrażenie, dążyć do wykrycia jakiegoś drugiego wyobrażenia i możemy oczywiście nawet liczyć na pewne powodzenie w tych poszukiwaniach, pamiętać jednak należy, że droga ta nie będzie najprostszą drogą, zmierzającą do celu i że metoda psychoanalityczna tem się właśnie różni od tych przygodnych metod psychoanalitycznych, że nie postępuje drogą dowolną, lecz drogą wskazywaną przez pewne logiczne i afektywne związki wyobrażeniowe. Stosunek tej drogi, którą posuwa się psychonalityk, do tych innych możliwych dróg nie jest nam dzisiaj jeszcze dostatecznie znany, jakkolwiek powiedzieć można i dzisiaj, że istnieje zasadnicza różnica postępowania w obydwóch przypadkach. Wyświetlenie tej różnicy w szczegółach jest jedną z palących potrzeb metodologii psychoanalitycznej i przyczynić się może znacznie do poznania życia kompleksów pod względem ich gotowości wynurzania się w naszej świadomości (Assoziationsbereitschaft). Bleuler wspomina, że wybrał na chybił trafił ze słownika szereg słów, powypisywał je na karteczkach, pomieszał i oddał osobie trzeciej z prośbą, aby ile możności unikając dodatków, utworzyła z nich coś w rodzaju snu. Ten sztucznie utworzony sen opowiedział Bleuler dalej w gronie kolegów, którym dał się następnie analizować. Wynik tej próby miał być taki, że ujawniło się coś niecoś, co do jego osoby stosowaćby się mogło, dzięki temu, że analizowali go koledzy, którzy go znali, ale nie było w tem żadnego związku, żadnego kompleksu. Innym razem opowiedział Bleuler sen własny, który analizowano następnie bez jego udziału przy pomocy jego żony; wyszedł przytem na jaw kompleks, który nie do niego należał, lecz po części do jego żony, po części do jednego z analizujących. Próby podobne powinny być robione częściej zarówno co do analizy snów, jak i badania skojarzeń, a ich wynik przyczyniłby się bardzo do rozwiązania wielu zagadnień, związanych z psychoanalizą. Naturalnie nie potrzebuję tutaj kłaść nacisku na ten konieczny warunek dla podjęcia badań podobnych, jakim jest gruntowne obeznanie się z metodą psychoanalityczną oryginalną. Tylko badania podobne wskazać nam mianowicie mogą drogę najkrótszą, jakiej się trzymać mamy w dochodzeniu kompleksów chorego; z drugiej strony badania te mogą się przyczynić do wykrycia szeregu metod nowych, pokrewnych psychoanalizie, których wartość praktyczna będzie mniej lub więcej zbliżona do wartości metody psychoanalitycznej Freuda. Jeżeli bliżej przyjrzymy się jednak tym możliwym metodom, przekonamy się, że wspólną ich cechą będzie sposób luźnego i swobodnego kojarzenia, tylko zaś ich punkt wyjścia będzie różny, a z punktu widzenia otrzymanych wyników mniej lub więcej owocny. Nie będą to zatem nowe metody psychoanalityczne w ścisłem tego słowa znaczeniu, lecz ta sama metoda psychoanalityczna, wypróbowywana w najróżnorodniejszych warunkach lub wyzyskiwanie innych metod dla celów psychoanalizy. Jako przykład ostatniego postępowania, t. j. oddania na usługi psychoanalizy środków technicznych niepsychoanalitycznych, wymienię tutaj próby Silberera[12]) zastosowania do celów psychoanalitycznych praktyk mantycznych czyli wróżbiarskich (μαντεία-wróżba), a mianowicie, lekanoskopii (λεκάνη-naczynie). Praktyki wróżbiarskie, jak wiadomo, szukały punktów zaczepnych w pewnych zjawiskach nieuchwytnych i niezależnych od woli człowieka, jak n. p. pewne zjawiska w przyrodzie (lot ptaków, powiew wiatru i t. d.), lub też w pewnem postępowaniu które wprawdzie nie podlega bezpośredniemu wpływowi świadomości, ale połączone jest z pewnym udziałem nieświadomego (jak n. p. ruchy nieświadome, wizye). Otóż Silberer oparł swe doświadczenia lekanomantyczne na jednej z praktyk wróżbiarskich, należących do tej drugiej kate-

[11]) Nadmienię tutaj, że Dumas (Comment on gouverne les rêves. La Revue de Paris, 15 Novembre 1909), zastanawiając się nad kierowaniem marzeniami sennemi, doszedł do przekonania, że lepiej, niż uczonym, udawało się to kapłanom starożytnym, a więc w epoce, w której upatrywano w snach pewien sens religijny i szukano w nich odpowiedzi na pewne zajmujące zagadnienia życiowe. Niewątpliwie było to możliwe tylko dzięki stopniowemu przygotowaniu i opanowaniu niemal całego jestestwa psychicznego wiernych przy pomocy szeregu praktyk religijnych na gruncie wiary nieograniczonej. Fakt ten poucza więc, że, jeśli trudna jest sztuka kierowania marzeniami sennemi, to niemniej jest to rzeczą na zasadzie historyi tej sztuki prawdopodobną, że taksamo jak do kierowania snami sięgnąć trzeba i dla ich genetycznego wytłómaczenia aż do najgłębszych warstw psychicznych przy pomocy dokładnej analizy całego życia.

[12]) Mantik und Psychoanalyse. Lekanomantische Versuche. Zentralblatt f. Psychoanalyse und Psychotherapie, 1912.

[13]) Des Indes à la Planète Mars. Etude sur un cas somnambulisme avec glossolalie.

[14]) L'état mental des hystériques, 1911. Automatisme psychologique.

goryi, a więc praktyk, zasadzających się na nieświadomem współdziałaniu psychiki ludzkiej, objawiającem się w powstawaniu obrazów wzrokowych. Polecał on wpatrywać się osobie analizowanej w naczynie, wypełnione wodą i otoczone światłem, i opisywać wizye, które w naczyniu tem dostrzegała. Wizye te brał on następnie za punkt wyjścia łańcucha skojarzeń według zwykłych zasad, któremi posługuje się psychoanaliza. Wyniki otrzymywane w ten sposób, porównywał Silberer w dalszym ciągu z wynikami, otrzymywanymi drogą zwykłej analizy. Podobnie próbowano już poprzednio wyzyskiwać dla celów psychoanalitycznych stoliki wirujące (szkoła zurychska), a jeszcze dawniej, dla celów pokrewnych stosując na szerszą skalę badania objawów automatyzmu, — Flournoy [13]) i Janet [14]), torowali drogę samej psychoanalizie w jej dzisiejszej postaci.

Po tym nader pobieżnym zarysie, zaledwie potrącającym najważniejsze założenia metody psychoanalitycznej, przyczem już ze względu na rozmiary tego zarysu, nie mogły być przedstawione szczegółowo wszystkie zagadnienia związane z psychoanalizą, wydaje mi się rzeczą nieodzowną zastanowić się ogólnie nad kryteryami, jakiemi rozporządzamy dla oceny wyników zdobywanych przy pomocy tej metody. Podniosłem już poprzednio, że wyniki te są opracowaniem syntetycznem faktów, osiągniętych przy pomocy pomysłów nagłych. Opracowanie to jest koniecznością, gdyż fakty jakiekolwiek nabierają wartości naukowej dopiero dzięki ich krytycznemu zużytkowaniu. Zarzucano niejednokrotnie tym wynikom ogólnie, że nie są one u różnych badaczy jednakowe; zarzut ten można dwojako rozumieć: albo zawiera on przypuszczenie, że wszystkie konstrukcye psychoanalityczne są tylko wytworem wyobraźni, a w takim razie zarzut ten jest bezpodstawny, gdyż, jak widzieliśmy, punktem wyjścia wszelkich interpretacyi są fakty, albo też zarzut ten wyraża wątpliwość co do ostatecznych wniosków psychoanalitycznych ze względu na brak dostatecznie pewnych kryteryów, uznaje, słowem, ich empiryczny punkt wyjścia, nie wierzy jednak w możność ich sprawdzenia. Otóż niewątpliwie istnieje w literaturze psychoanalitycznej mnóstwo twierdzeń o charakterze tylko pomysłów i hipotez, które bynajmniej nie są dowiedzione, a, być może, i nigdy absolutnej pewności nie nabiorą. Jeśli bowiem do pewnego stopnia słusznie powiedzieć można, że stany psychiczne wogóle dadzą się zarówno wszerz, t. j. w kierunku ilościowym, jak w głąb, t. j. w kierunku jakościowym, retrospektywnie ku najpierwszym czasom dziecięctwa analizować bez końca, gdyż życie indywidualno-psychiczne nigdy wyczerpać się nie da, to istnieją pewne zjawiska psychiczne: szczegóły w snach, może sny pewnej kategoryi lub niektóre objawy chorobowe, które ani nawet w przybliżeniu nie mogą być zanalizowane. Jakkolwiek jednak trudno, zdaniem mojem, mówić na tej podstawie o analizie doprowadzonej do końca, o wyświetleniu wszystkich zagadnień związanych z życiem psychicznem pewnego osobnika, należy z całym naciskiem podnieść jednomyślność w mnóstwie poszczególnych zagadnień w dość licznym już dzisiaj obozie badaczy, posługujących się metodą psychoanalityczną i nie należy w żadnym razie wykluczać możliwości udowodnienia określonych stałych uzależnień.

Jako argument najpoważniejszy, świadczący na korzyść teoryi psychoanalitycznych, argument, uchodzący we wszystkich naukach za jeden z najlepszych, podniosę tutaj możność przepowiadania i odgadywania pewnych faktów rzeczywistych, które stwierdzić się następnie dają nietylko przez opowiadanie osobnika, którego dotyczą, ale nadto niekiedy przez świadków przedmiotowych, a nawet akta sądowe (Riklin [15]). Każdy psychoanalityk, a nawet wielu z tych, którzy mieli tylko możność zaznajomić się z metodą psychoanalityczną, przytoczyć mogą przykład z życia, gdzie na podstawie zrozumienia symbolicznego znaczenia snu czy jakiegoś objawu, udało się, czy to wywnioskować o jakiemś zjawisku w przeszłości, czy też przewidzieć je w przyszłości. Otóż możność snucia wniosków faktycznych, które następnie dają się sprawdzić, jest, jak wiadomo, najlepszym probierzem słuszności pewnej teoryi.

Jako dowód prawdziwości niektórych wyników metody psychoanalitycznej, da się dalej przytoczyć szeroka ich użyteczność. Mam tu na myśli z jednej strony rzucenie światła na zjawiska, dotychczas w małym tylko stopniu zrozumiałe, jak n. p. urojenia chorych na otępienie przedwczesne, sen, stereotypie, drobne zboczenia życia codziennego i t. d., a z drugiej strony nadzwyczajną produkcyjność tej metody, wykrywającej w najróżnorodniejszych zakresach badań pokrewieństwa i podobne prawa. Jak wiadomo, przeniesienie psychoanalizy do dziedziny mitów, bajek, podań i twórczości artystycznej okazało się nader płodnem, wykryło w nich szereg podobieństw i przyczyniło się do oświetlenia ich z nowej, dotychczas nie rozpatrywanej strony. Ogromna ilość faktów, które obejmuje psychoanaliza w toku swojego rozwoju i do których wyjaśnienia przyczynia się w sposób niemały, świadczy korzystnie o wartości i prawdopodobieństwie tej nauki.

Bezwarunkowo nie można mówić w wynikach psychoanalitycznych, jak, mówiąc ogólniej, wogóle i w rzeczach psychologicznych, o bezwzględnej pewności, niemniej jednak możemy nabrać pewności względnej co do wielu wyników, zdobywanych przy pomocy psychoanalizy, uwzględniając związek najróżnorodniejszych faktów.

Pod tym względem należy zwracać uwagę na następujące fakty, podkreślone już należycie przez Bleulera:

1. Ważnem jest, o ile różne punkty wyjścia doprowadzają do podobnych wyników: a więc mimika, skojarzenia, stereotypie, związek logiczny i afektywny, sny, urojenia, omamy jednej i tej samej osoby dadzą się w ten sam sposób objaśnić.

2. Różni spostrzegacze znajdują u tej samej osoby to samo.

3. Prawidła i uogólnienia, zdobyte przy pomocy metody psychoanalitycznej, dają się stosować stale w najróżnorodniejszych przypadkach i okolicznościach podobnych, odnoszących się do pewnej kategoryi; gdy choroby umysłowe organiczne i alkoholowe, jak i psychoza maniakalno-depresyjna zaledwie w drugorzędnych szczegółach wykazują ślady mechanizmów Freudowskich, to mechanizmy te spotyka się systematycznie w życiu psychicznem człowieka prawidłowego we śnie i na jawie, w symptomatologii nerwic, w otępieniu przedwczesnem, w mitach i poezyi

---

[15]) Psychiatr.-neurol. Wochenschr. 1905, Nr 46.

4. Wreszcie istnieje łączność, której nie mogę omawiać tutaj szczegółowo, a która będzie po części przedmiotem wykładów następnych, z dotychczasową psychologią: nauka Freuda nie może być mianowicie bezwzględnie przeciwstawiana całej psychologii dotychczasowej, gdyż na jej gruncie wyrosła. Ten argument historyczny, świadczący o konieczności jej powstania, każe widzieć nam w nauce Freuda pewien okres rozwoju naszych pojęć psychologicznych, który, jakkolwiek na zawsze ostać się nie musi, musiał powstać przy jej dzisiejszym stanie.

Wyniki, zdobyte przy pomocy psychoanalizy, jak to łatwo pojąć, doświadczalnie badane byc przeważnie nie mogą, niemniej jednak udało się Jungowi wyzyskać dla celów psychoanalizy doświadczenie skojarzeniowe i stworzyć w ten sposób dla niej jedno z przedmiotowych kryteryów. Przy pomocy prostego doświadczenia skojarzeniowego możemy dzisiaj na podstawie szeregu cech zupełnie przedmiotowych stwierdzić kompleksy chorego, a także obserwować ich życie. Być może, że doświadczenia lekanomantyczne Silberera, badania eksperymentalne Abramowskiego [16]), będą punktem wyjścia dla stworzenia kryteryów doświadczalnych w trudnych zagadnieniach psychoanalizy; badania Junga [17]) wskazują już dzisiaj, że i w tej dziedzinie doświadczenie niejedną wątpliwość może rozstrzygnąć.

Na zakończenie tego przeglądu kryteryów metody psychoanalitycznej, chciałbym zwrócić uwagę na to, co dość często bywa podnoszone jako ciężki zarzut przeciwko psychoanalizie, t. j. na fakt, że świadomość chorego niezawsze, jeżeli nie najczęściej, nie może uchodzić za kryteryum słuszności twierdzenia psychoanalitycznego. Wynika to z zasadniczej cechy metody psychoanalitycznej, badającej nieświadome, które świadomości nie jest znane i dopiero dzięki psychoanalizie stopniowo ulegać może uświadomieniu. Jeżeli, słowem, analizowany nie zgadza się ze zdaniem analizującego, nie dowodzi to przy uwzględnianiu podanych powyżej kryteryów fałszywości twierdzenia analizującego badacza, lecz świadczy jedynie, że nieświadome nie przekroczyło jeszcze progu świadomości. Niemożność odwoływania się do świadomości osobniczej dzieli pod tym względem psychoanalityk z każdym psychologiem, uprawiającym psychologię indywidualną, »która, zdaniem Sommera, okazuje cechy zasadnicze, często nieobecne jeszcze w świadomości osobnika, a określające cały dalszy jego rozwój« (Sommer, Familienforschung u. Vererbungslehre, S. 4).

Streszczając w kilku zdaniach zasadnicze rysy metody psychoanalitycznej, powyżej podane, powiedzieć możemy, że dąży ona do poznania nieświadomego, posiłkując się luźną metodą skojarzeń. Jest ona o tyle bardziej przedmiotową od innych metod, że pozwala nam zajrzeć do życia nieświadomego osoby badanej, która świadomie zazwyczaj mimo woli i wiedzy wywodzi nas przy usiłowaniach poznania jej życia psychicznego w pole. Podmiotowość jej tkwi w konieczności interpretowania faktów zdobytych tą metodą: niezawsze bowiem można wszystkie twierdzenia uzasadnić i często poprzestać trzeba na hipotezie. Metoda ta jest jednak podmiotową z innych jeszcze powodów, wymaga ona bowiem ze strony psychoanalityka poza znajomością samej metody nadzwyczajnej cierpliwości, dużej ilości czasu, niesłychanego taktu, zwłaszcza przy traktowaniu t. zw. »Uebertragung«, i wreszcie opanowania. Z tych przyczyn, nie może ona być metodą każdego lekarza praktykującego, a stać się musi specyalnością.

[16]) Badania doświadczalne nad pamięcią.
[17]) Diagnostische Assoziazionsstudien.

Z oddziału chorób wewnętrznych I A. szpitala św. Łazarza w Krakowie.

O roli soli wapniowych w ustroju, a w szczególności o wpływie ich na sprawy zapalne błon surowiczych

podał

Doc. Dr Józef Latkowski

W ostatnim dziesiątku lat zaczęto zwracać większą uwagę na znaczenie soli wapniowych tak dla ustroju zdrowego, jak i w różnych chorobach. Przyczyniały się do tego kierunku badań w pierwszym rzędzie prace fizyologa Loeba, a obok nich bliższe poznanie przemiany materyi ciał mineralnych w związku z nauką o wewnętrznem wydzielaniu. Loeb mianowicie wykazywał w swych pracach, że do życia protoplazmy konieczna jest mieszanina pewnych soli mineralnych i że jony sodowe nie wystarczają do utrzymania życia protoplazmy zwierzęcej.

Te prace Loeba były też dla mnie punktem wyjścia w doświadczeniach nad solami wapniowemi, ogłoszonych w r. 1906. Loeb bowiem wykazał antagonistyczne działanie soli wapniowych i sodowych dla życia pewnych zwierząt i dla czynności mięśni i nerwów.

Wówczas doświadczalnie zdołałem się przekonać, że jony wapniowe działają antagonistycznie względem jonów sodowych i że wpływ rozczynów chlorku sodu, do których dodano chlorku wapniowego, jest daleko korzystniejszy dla ustroju, niż rozczynów czystego chlorku sodowego. To antagonistyczne działanie jonów wapnia i sodu, jak również wpływ korzystny jonów wapniowych na mięsień sercowy, na naczynia i na nerwy wykazał Loeb na rybie słodkowodnej »fundulus heteroclitus« i na meduzie »gonionemus«. Wykazywał on w swych doświadczeniach, że czysty rozczyn chlorku sodowego działa trująco na te zwierzęta, dodatek jonów wapniowych wraca im zaś dawną ruchliwość i zdolność do życia. To ożywcze działanie wapnia da się tłómaczyć w ten sposób, że zwierzęta te potrzebują do wykonywania czynności życiowych środowiska, podobnego do składu swej protoplazmy i że chlorek sodowy działa trująco, ponieważ wyługowuje z tkanek koniecznie potrzebne do życia jony wapniowe i potasowe. Doświadczenia Loeba wykazują, że jon wapniowy działa również odtruwająco na anjony, z których trójwartościowe najwięcej, a jednowartościowe najmniej są trujące, tak, że w miarę siły trującej danego anjonu należy zwiększyć dawkę $CaCl_2$. Wyniki Loeba przypominają doświadczenia Hardyego nad strącaniem koloidów przez różnowartościowe katjony: katjony strącają

kolloidy ujemne, i to tem więcej, im większy ich ładunek elektryczny. Jon Ca np. posiada jako dwuwartościowy tę samą zdolność strącania, jak dwuwartościowe jony Fe (żelazawy), Ba, Sr, Zn.

Działaniem antytoksycznem wapnia na chlorek sodowy można wytłómaczyć też zjawisko niepojawiania się gorączki po wstrzykiwaniu rozczynów soli kuchennej z chlorkiem wapnia, podczas gdy podniesienie ciepłoty występuje po wstrzykiwaniach podskórnych rozczynu czystego chlorku sodowego, o czem się sam niejednokrotnie u chorych przekonałem.

Freund udowodnił, że NaCl wywołuje przez wypłukanie tkanek z zawartości wapnia podrażnienie ośrodka regulującego ciepło w ciałku prążkowanem, tak, jak to czynią toksyny drobnoustrojów, albumozy lub białko obce ustrojowi, przez dodanie zaś chlorku wapniowego do rozczynu soli kuchennej znika działanie podrażniające chlorku sodowego, czyli chlorek wapniowy działa antagonistycznie i hamująco na ośrodek ciepła.

Wapno znajduje się w tkankach ustroju zwierzęcego i musi być im dostarczone, dlatego też giną zwierzęta, gdy są żywione pokarmami, pozbawionymi soli wapniowych, jak to się działo z psami w doświadczeniach Forstera lub z gołębiami i kurami w doświadczeniach Kionki.

Wapno odgrywa ważną rolę jako katalizator w pewnych procesach fermentacyjnych, jak krzepnięcie krwi lub ścinanie się mleka pod wpływem podpuszczki: (Hamarsten, Bordet, Baggs, Müller i Saxl). Wreszcie Hamburger wykazał, iż wapno przyczynia się do fagocytozy ciałek białych, może więc ma znaczenie w walce ustroju z toksynami w pewnych chorobach, jak niektórzy przypuszczają.

Pytanie, o ile sole wapniowe mają znaczenie w przemianie materyi ustroju prawidłowego, było dawniej rozpatrywane tylko ze względu na ustrój rosnący, a to ze szczególnem uwzględnieniem kośćca. Nic dziwnego, bo kościec zawiera najwięcej soli wapniowych nawet u noworodka; i tak na 2.600 gramów wagi noworodka na kościec przypada 24.2 gr. CaO, a na resztę ciała tylko 0.639 CaO (Orgler).

Ponieważ jednak przy podawaniu soli wapniowych w chorobach kośćca, jak np. przy krzywicy i zmięknieniu kości, nie widziano wpływu dodatniego, nie mogło to leczenie zachęcać do badań dalszych, o ile sole wapniowe mają znaczenie lecznicze lub czy odgrywają większą rolę w ustroju. Z nowszych jednak badań wynika, że można wpływać na przyswajanie czy też na zaburzenia przemiany tych soli, potrzebnych szczególnie ustrojowi w okresie wzrostu. Że jednak mechanizm działania na te zaburzenia jest bardzo skomplikowany, można wnosić z tego, że w tych chorobach zachodzą pewne zmiany choćby czynnościowe w gruczołach o wewnętrznem wydzielaniu, że więc może tu brakować pewnych hormonów, i że siły utleniające ustroju są wyczerpane, co możnaby choć z tego wywnioskować, że takie środki utleniające, jak fosfor, mają przecież czasem wpływ na te choroby kości.

Przy większem zapotrzebowaniu soli wapniowych przez płód może powstawać w ustroju matki choroba, polegająca na zmięknieniu kości.

Czy w powstaniu tej choroby odgrywa rolę brak tych soli w pożywieniu, trudno roztrzygnąć, lecz możnaby to przypuszczać, bo zmięknienie kości powstaje u kobiet, w złych warunkach żyjących i żywiących się pokarmami, zawierającymi mało wapnia, jak np. u nas ziemniakami. Jedną z okoliczności usposabiających może być też zmiana w czynności jajników i gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu podczas ciąży, a więc brak pewnych hormonów. Inną to, że podczas porodu przez krwotoki, a w okresie karmienia przez wytwarzanie mleka ustrój kobiety traci dużo soli wapniowych. W każdym razie choroba ta powstaje w okresie większego zapotrzebowania wapnia w ustroju.

W tym też okresie zjawia się często inna choroba, mająca związek z przemianą wapnia, t. j. tężyczka.

Nie wchodzę tu w rozmaite teorye co do etyologii tężyczki, a zajmę się tylko sprawą wapnia w tej chorobie.

Charakterystyczną jest rzeczą, że tężyczka u dzieci występuje często w okresie życia, w którym ilość wapnia w ustroju jest znacznie mniejsza, niż w początkowych miesiącach życia noworodka, w którym to okresie tężyczka rzadko się zdarza, co wskazuje na związek tej choroby z przemianą wapnia w ustroju, a mianowicie jego ubytkiem.

U badaczy, zajmujących się rolą wapnia w tężyczce, można zauważyć dwa kierunki, a mianowicie; pierwszy, że mamy tu do czynienia z nadmiarem, drugi, że w tężyczce mamy zmniejszenie ilości wapnia.

Przedstawicielem pierwszego kierunku jest Stoelzner, który wyraża zapatrywanie, że objawy tężyczki występują skutkiem nagromadzenia się wapnia w ustroju. Do poglądu tego doszedł on na podstawie badań nad wpływem mleka krowiego na wzmożenie pobudliwości układu nerwowego u dzieci krzywiczych chorych na tężyczkę. Stoelzner przypuszcza, że przy karmieniu mlekiem krowiem, zawierającem znacznie (około 6 razy) więcej wapnia, niż ludzkie (1·98 CaO‰: 0.343 CaO‰), błona śluzowa wsysa około 6 razy tyle wapnia, jak normalnie i wydziela jeszcze więcej, gdyż nadto jeszcze wapń z tkanki kostnej, skutkiem czego czynność wydzielnicza błony śluzowej co do wapnia ulega upośledzeniu i następuje zatrzymanie wapnia w tkankach się znajdującego, który prawidłowo jest wydzielany i skutkiem zatrucia tym wapniem występują objawy tężyczki.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Oceny.

Doc. Dr Max Herz: **Książka dla sercowo chorych** (Ein Buch für Herzkranke. Was sie tun und lassen sollen). (München, E. Reinhardt).

Kto zna szereg mniej lub więcej bezmyślnych i bezkrytycznych popularnych dzieł lekarskich, ten z wielkiem zadowoleniem i zainteresowaniem przeczyta powyższą pracę, wyróżniającą się bardzo korzystnie całym szeregiem głębokich myśli, dobrze obmyślaną, a napisaną ze zrozumieniem psychologii chorego, dotkniętego cierpieniem serca. W pierwszym rzędzie powinni zapoznać się z nią lekarze, dla których praca ta jest krynicą wiadomości, jak rozumieć chorych na serce i jak się z nimi obchodzić, aby ich niepotrzebnie nie gnębić czarnymi prognostykami, aby ich ustrzedz przed nerwicami lękowemi, neurastenią i hypochondryą i aby ich napełnić wiarą i otuchą. Wiele uwagi poświęca autor tak często w praktyce pomijanej celowej gimnastyce leczniczej, którą szczegółowo przedstawia i ob-

jaśnia szeregiem schematów i rycin. Celowości i pożyteczności tego dziełka dowodzi okoliczność, że doczekało się kilku wydań w krótkim stosunkowo czasie.

Dr Blassberg.

Penzoldt i Stintzing: **Handbuch der gesammten Therapie,** Jena, 1914 (Fischer). Wydanie V. Tom I.

Jestto z pewnością rzeczą niezwykłą, jeżeli podręcznik wielkich rozmiarów ukazuje się w piątem wydaniu, a jeżeli wydawcy mówią w przedmowie: »Z zadowoleniem i dumą możemy spojrzeć na utrzymywanie się żywotności podręcznika przez lat dwadzieścia«, to do słów tych dodać jeszcze należy, że świat lekarski bierze w rękę to nowe wydanie z wdzięcznością i uznaniem. Zbyteczną byłoby rzeczą wymieniać tu zalety dzieła, trzebaby bowiem to powtarzać, co już o poprzednich wydaniach jego wiadomo. Wystarczy nadmienić, że pierwszy tom wyszedł w całości i zawiera w trzech oddziałach terapię chorób zakaźnych, zatruć, chorób przemiany materyi, krwi, układu chłonnego i zaburzeń wydzielania wewnętrznego. Lekarzy młodych, którzy dawniejszych wydań nie znają, obejdzie wiadomość, że w podręczniku Penzoldta i Stintzinga oparto terapię na szerokich podstawach. I tak n. p. w części ogólnej pierwszego oddziału przedstawiono wyczerpująco, aż do szczegółów, zapobieganie, opierające się na zasadach naukowych i obowiązujących przepisach urzędowych. Lekarz znajdzie tu wszystkie wiadomości, potrzebne mu przy wykonywaniu zawodu czyto w roli lekarza-praktyka, czy na stanowisku urzędnika sanitarnego. Wszędzie też w podręczniku uwzględniono potrzeby praktyczne.

Nie byłoby niespodzianką, gdyby wydanie V podręcznika zostało w handlu wyczerpane równie szybko, jak wydanie IV z r. 1912 i gdyby już wkrótce rozeszła się wobec tego wiadomość o opracowywaniu wydania VI.

Prof. Dr L. Korczyński.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Prof. Ceconi. **Choroba Mikulicza w stosunku do białaczki prawdziwej i wrzekomej** (La Riforma medica Nr 17 i 18, 1913). W r. 1892 opisał Mikulicz jako jednostkę chorobową symetryczny obrzęk gruczołów łzowych i ślinianek. Ten zbiór objawów, nazwany od autora chorobą Mikulicza, występuje rzadko i nie jest w żadnej zależności od wieku i płci. Niekiedy powiększenie dotyczy równocześnie obu gruczołów łzowych i wszystkich ślinianek, częściej jednak występuje naprzód obrzęk gruczołów łzowych; czasem zajęte są tylko gruczoły łzowe lub przyuszne, podjęzykowe zaś i podszczękowe nie okazują zmian. W rzadkich przypadkach mogą być także zajęte drobne gruczołki łzowe, rozsiane w błonie śluzowej powiek i drobne gruczoły ślinowe, rozmieszczone w błonie śluzowej ust. Choroba powstaje i rozwija się zazwyczaj bardzo powoli, nie wywołując żadnych objawów, dopiero gdy (w rzadkich przypadkach) obrzęk gruczołów przybiera większe rozmiary, występują skutki mechaniczne, jak utrudnienie ruchów powiek, gałek ocznych i szczęk. Niekiedy może dołączyć się suchość spojówek oka i błony śluzowej jamy ustnej i to przeważnie wtedy, gdy powiększenie gruczołów zaczyna się zmniejszać. Podłożem anatomicznem tego powiększenia gruczołów jest naciek drobnokomórkowy tkanki łącznej podścieliskowej o cechach przewlekłego nacieku zapalnego, wywołany przez czynniki zakaźne, względnie toksyczne, działające z błony śluzowej ust i nosa lub spojówek. Niektórzy dopatrują się w tych zmianach podobieństwa do marskości zanikowej wątroby; podobieństwo to zachodzi jednak w bardzo ograniczonej liczbie przypadków choroby Mikulicza, w których po okresie zwiększenia objętości następuje zanik z powodu zamiany tkanki łącznej podścieliskowej na włóknistą. Ze spostrzeżeń w pierwszym rzędzie Fränkla wynika, że zachodzą czasem postacie choroby Mikulicza, w których obrzęk gruczołów łzowych, względnie ślinianek, polega na przeroście samego miąższu gruczołowego (sindrome fisiologica di M.). W tych przypadkach dopiero następowo pod wpływem jakiegoś czynnika zakaźnego mogą rozwinąć się zmiany zapalne w tkance podścieliskowej (sindrome patologica di M.). Jak widać, choroba Mikulicza byłaby według tego cierpieniem miejscowem, bardzo często bez żadnych objawów podmiotowych. W ostatnich jednak latach stwierdzono, że choroba M. może wywoływać i objawy ogólne w postaci powiększenia gruczołów chłonnych, śledziony i wątroby, a nadto zmian we krwi co do ciałek białych i czerwonych. W ten sposób powstało pytanie co do stosunku choroby M. do białaczki prawdziwej, względnie wrzekomej; rozstrzygnięto je w ten sposób, że przynajmniej w pewnych przypadkach stosunek pod względem anatomicznym jak i patologicznym jest tak ścisły, iż zaciera się różnica między temi postaciami chorobowemi. Opierając się na tym związku, rozróżniają dzisiaj trzy grupy tego cierpienia: a) pierwszą, gdzie schorzenie przebiega pod postacią ziarniniaka (granuloma), b) drugą, gdzie choroba przybiera cechy mięsaka limfatycznego (limfosarkomatozy), c) i wreszcie trzecią, gdzie obraz chorobowy odpowiada białaczce limfatycznej w jej trzech odmianach, które należałoby uważać raczej za rozmaite okresy choroby, a mianowicie odmiana alimfemiczna, sublimfemiczna i limfemiczna. Że gruczoły łzowe i ślinianki biorą niekiedy tak żywy udział w tej sprawie białaczkowej, nie może dziwić, jeżeli się zważy, że białaczka jest sprawą ogólną, powtóre zaś, że tkanka adenoidalna jest rozrzucona po całym ustroju, a jak nowsze badania Hers-Theysena wykazały, liczne gruczoły limfatyczne znajdują się nietylko na powierzchni gruczołów łzowych i ślinianek i w ich przestrzeniach międzyzrazikowych, ale także bardzo obficie we wnęce tych gruczołów, otaczając przewody wydzielnicze. Na podstawie tego stosunku anatomicznego można przyjąć, że punktem wyjścia zmian białaczkowych w obrębie gruczołów ślinowych i łzowych. w przebiegu choroby M. jest ich wnęka, skąd następnie sprawa szerzy się w ich głąb. Trudniejsza jest odpowiedź, ale zarazem i drugorzędnej wagi, dlaczego te gruczoły biorą raz tak wybitny udział w sprawie białaczkowej, kiedindziej zaś wcale nie, lub tylko nieznaczny. We wszystkich przypadkach choroby M., przebiegających pod postacią białaczki prawdziwej, względnie wrzekomej, podstawą histopatogenetyczną cierpienia jest przerost tkanki limfadenoidalnej, czyli inaczej mówiąc, występuje obraz białaczki prawdziwej (względnie wrzekomej) limfatycznej; znany zaś dotąd jest tylko jeden przypadek choroby Mikulicza o typie myeloidalnym.

Dr T. T.

Doc. Quadrone i Buzzano. **Leczenie benzolem białaczki prawdziwej i wrzekomej** (La Riforma medica Nr 42—43, 1913). Nieświadomość etyologii białaczki jest przyczyną niepewności i różnorodności sposobów leczenia tego cierpienia; żaden też z nich nie osiągnął swego celu. Ze względu na to, że głównym objawem białaczki jest niedokrwistość i zaburzenia ogólne, stosowano przeciw niej w pierwszym rzędzie arszenik w najrozmaitszej postaci, sam lub w połączeniu z żelazem. Niektórzy, wychodząc z założenia, że zmieniona chorobowo śledziona jest punktem wyjścia sprawy białaczkowej, używali chininy wewnętrznie i podskórnie, lecz również bez dodatniego wyniku. Zarzucono też wkrótce usuwanie chirurgiczne śledziony ze względu na bardzo częste następowe krwotoki i wstrząs nerwowy. Nie spełniły nadziei także opoterapia i przelewanie krwi. Pewien odmienny kierunek w leczeniu białaczki powstał na podstawie spostrzeżeń klinicznych, że dołączające się do białaczki zakażenie (n. p. dur brzuszny, grypa, zapalenie płuc, gruźlica, róża) wywołuje często znaczną poprawę w obrazie krwi w postaci zmniejszenia się ilości krwinek

białych, zwłaszcza zaś ich postaci nieprawidłowych. Na tej podstawie rozmaici autorzy wprowadzali sztucznie do ustroju osób białaczkowych rozmaite przetwory toksyczne, jak tuberkulinę, jad paciorkowców i i., lecz metodę tę wkrótce zarzucono, gdyż na samą istotę choroby niema ona żadnego wpływu. Działanie promieni X jest przejściowe, tak, że nawrót jest regułą; to samo, co się tyczy sposobu działania i wyników końcowych, można powiedzieć o ciałach promieniotwórczych, jakkolwiek badania w tym względzie są jeszcze w toku. Nowy okres w leczeniu białaczki stanowi wprowadzenie benzolu przez Koranyiego; oparł się on na spostrzeżeniach, poczynionych przypadkowo u robotnic, cierpiących na niedokrwistość, a zajętych w fabryce benzolu, — a nadto na doświadczeniach, dokonanych na zwierzętach, które wykazały, że pod wpływem benzolu krwinki białe po krótkim okresie liczebnego wzmożenia znikają z krążenia, krwinki zaś czerwone nie okazują zmian ani ilościowych, ani jakościowych. Rzeczywiście kliniczne doświadczenia Koranyiego potwierdziły naogół te wyniki, pokazało się bowiem, że u osób dotkniętych białaczką liczba krwinęk białych pod wpływem benzolu, po krótkim okresie ilościowego zwiększenia, zaczyna się wybitnie zmniejszać zazwyczaj po 2—3 tygodniach leczenia, liczba zaś ciałek czerwonych, po okresie nieznacznego zmniejszenia, długi czas utrzymuje się niezmieniona, czasem zaś nawet wzrasta. W dalszym ciągu leczenia zauważał Koranyi zmniejszenie się obrzęku śledziony, natomiast wpływ na gruczoły chłonne nie był wyraźny; ogólny stan znacznie się poprawiał. Ponieważ Koranyi stwierdził, że niewielkie dawki benzolu zwiększają ilość leukocytów, radzi podawać w białaczce duże dawki benzolu aż do 5 grm dziennie. Rozmaici jednak inni autorzy nie otrzymali tak dobrych wyników, już to z powodu przejściowego działania benzolu, już to dlatego, że mimo spadku liczby ciałek białych, ich stosunek wzajemny nie był prawidłowy. Na uwagę zasługują przypadki śmiertelnego zatrucia benzolem przy dłuższem jego podawaniu. Benzol stosowano także przeciw rozmaitym postaciom białaczki wrzekomej; okazał on tutaj większą skuteczność w formach limfatycznych, niż ziarninowych, prawdopodobnie dlatego, że pierwsze są wynikiem pierwotnej zmiany w zakresie układu krwiotwórczego, drugie zaś zmianami, wywołanemi najczęściej zakażeniem kiłowem lub gruźliczem. Wogóle zestawienia wszystkich dotychczasowych wyników leczenia białaczki benzolem, podanych w literaturze, wynika, że działanie jest niepewne i bynajmniej nie wolne od niebezpieczeństw. Natomiast jest on środkiem zwiększającym nasilenie i czas działania promieni X, naprzód zastosowanych; ta własność benzolu ma wielkie znaczenie, zwłaszcza w ciężkich postaciach białaczki, gdzie leczenie wymaga dłuższego czasu. Autorzy leczyli benzolem 2 przypadki przewlekłej białaczki szpikowej i 2 przewlekłej białaczki limfatycznej. Leczenie każdego z tych przypadków trwało od 30—40 dni. Jako dziennej dawki benzolu używali autorowie od 1·5—5—6 grm, w różnych częściach zmieszanego z oliwą i podanego w kapsułkach żelatynowych. W żadnym przypadku nie osiągnęli autorowie prawdziwego i trwałego wyniku; polepszenie było bardzo nieznaczne i chwilowe, tak, że we wszystkich przypadkach musieli zaprzestać podawania benzolu i zastosowali promienie Roentgena, przyczem jednak nie zauważyli żadnego dodatniego wpływu benzolu na działanie tych promieni. W porównaniu do promieni X ma benzol zaletę łatwego stosowania, ponieważ jednak jest trucizną komórkową, powinien być stosowany tylko w szpitalach i klinikach, gdzie chory ciągle znajduje się pod nadzorem lekarskim. Gdy promienie X, mimo przejściowego działania, mają dzisiaj ze wszystkich środków, stosowanych w białaczce, największe znaczenie, to wprowadzenie benzolu do leczenia tego cierpienia należy uważać tylko za usiłowanie, i to niezbyt szczęśliwe, zwiększenia liczby środków przeciwbiałaczkowych.

Dr T. T.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Akademia Umiejętności w Krakowie.
Wydział matematyczno-przyrodniczy.

Posiedzenie d. 8. czerwca 1914.

1) Czł. A. Beck przedstawia pracę p. J. Rothfelda: **O wpływie ustawienia głowy na błędnikowe odczyny ruchowe zwierząt.**

Autor zajmuje się pytaniem: 1) czy istnieje u zwierząt wpływ ustawienia głowy na odczyny ruchowe, wywołane z narządu przedsionkowego ucha, 2) czy istnieje analogia pomiędzy tymi odczynami a odczynami u człowieka. Na obydwa te pytania autor odpowiada twierdząco; i tak u królika, któremu przecięto mięśnie karkowe, występuje odczyn padania zamiast odczynu kołowania po obracaniu zwierzęcia przy poziomem ustawieniu głowy; głowa opada bowiem po skończonych obrotach i opuszczeniu jej wolno ku dołowi. Zmiana w odczynie ruchowym zależy w tym przypadku jedynie od zmiany położenia głowy, gdyż bodziec błędnikowy pozostał niezmieniony.

Analogia pomiędzy odczynami u zwierząt i u człowieka polega na tem, że w obu razach pewnemu zadrażnieniu błędnika, przy pewnem ustawieniu głowy odpowiada stały odczyn ruchowy tułowia i kończyn, dalej, że odczyny kończyn odpowiadają objawom zbaczania u człowieka; różnica zaś polega na tem, że u zwierzęcia występują równocześnie odczyny tułowia i kończyn, u człowieka zaś można je badać oddzielnie.

Odczyny ruchowe u zwierząt zależą od dwóch ważnych czynników: od bodźca błędnikowego, który wywołuje odczyn ruchowy głowy i od objawów, które są następstwem ustawienia głowy względem tułowia. Bodziec błędnikowy nietylko wywołuje odczyn ruchowy głowy, ale udziela się także bezpośrednio kończynom i mięśniom tułowia w ten sposób, że przyłącza się do skutków, jakie wywołuje samo ustawienie głowy względem tułowia. Odczyn ruchowy głowy jest zatem wypływem bezpośredniego działania zadrażnienia błędnika, odczyn ruchowy tułowia i kończyn jest wypadkową z działania dwóch czynników, a mianowicie wpływu ustawienia głowy i bezpośredniego działania błędnikowego.

2) Czł. A. Beck przedstawia pracę pp. G. Bikelesa i L. Zbyszewskiego: **Wpływ środków nasennych i soli bromowych na pobudliwość kory mózgowej oraz na jej zdolność sumowania podniet.**

W szeregu doświadczeń, wykonanych na psach, autorowie, badając pobudliwość kory mózgowej jakoteż jej zdolność sumowania podniet, śledzili równocześnie, czy zachodzi związek przyczynowy między temi dwoma własnościami kory mózgowej. Kwestyę tę starali się autorowie rozwiązać w ten sposób, że stosowali różne środki nasenne (wodnik chloralu, wodnik amylenu, dormiol, weronalnatrium, luminalnatrium, adalinę i bromural) oraz sole bromowe i badali, jaki one wpływ wywierają tak na pobudliwość kory mózgowej jak i na zdolność sumowania, występujący w postaci t. zw. padaczki korowej typu Jacksona.

Z przytoczonych doświadczeń wynika, że pod wpływem różnych stosowanych środków zachowanie się pobudliwości i zdolności sumowania jest różne i obniżenie jednej z nich nie zawsze pociąga za sobą upośledzenie drugiej. Z stosowanych środków nasennych tylko niektóre upośledzają samą pobudliwość, mianowicie te, które posiadają powinowactwo chemiczne do połączeń lipoidalnych tkanki nerwowej.

Na występowanie padaczki Jacksona wpływają natomiast wszystkie środki, stosowane przez autorów. Otrzymane wyniki wykazują, że między wpływem na pobudliwość, a co więcej nawet, między właściwem działaniem nasennem a wpływem na występowanie padaczki Jacksona niema żadnej korrelacyi, albowiem środki, które u zwierząt

wcale snu nie wywołały, hamowały wystąpienie napadów Jacksona. Wpływ soli bromowej na pobudliwość i na zdolność sumowania występował tylko po podawaniu ich przez kilka dni, szczególnie gdy zwierzę otrzymywało pożywienie ubogie w sól kuchenną. Z tego wynika, zdaniem autorów, że brom działa na ośrodki nerwowe nietylko przez swą obecność w krwi, lecz bardziej jeszcze przez częściowe usuwanie chloru z ustroju.

3) Czł. S. Bądzyński przesyła pracę p. S. Dąbrowskiego: **Nowa metoda ilościowego oznaczania thiourochromu (żółtego barwika moczu) w związku z kwestyą zawartości w nim siarki.**

Autor opiera ilościowe oznaczenie żółtego barwika moczowego (thiourochromu) na określeniu siarki w osadzie miedziawym, otrzymanym z moczu wprost przez zadanie go octanem miedziawym w zwykłej ciepłocie, przy równoczesnem zobojętnieniu kwasoty amoniakiem. Badania nad moczami zwierząt przeżuwających, które wydalają siarkę utlenioną głównie lub wyłącznie w postaci estrowych związków organicznych — z jednej strony, oraz badania nad moczem ludzkim w czasie ostrego 13-dniowego głodu, gdy wskutek zaniku procesów gnilnych w jelitach cała siarka utleniona wydalona zostaje wyłącznie w postaci mineralnej — z drugiej, wykazały z całą jasnością, że złożony anion R-SO_4 związków organicznych nie strąca się octanem miedzi, ani też nie zostaje porwany na drodze adsorbcyi przez osad miedziawy thiourochromu i że w tym osadzie obok siarki obojętnej barwika znajdują się złożone siarczyny miedziawe, pochodzące z siarczanów mineralnych.

Jeśli nasamprzód usunie się chlorkiem barowym siarczany mineralne z moczu, a dopiero przesącz strąci octanem miedzi, to w powstałym osadzie otrzyma się tę część »siarki obojętnej« moczu, która przypada na thiourochrom (met. bezpośrednia). Na drodze pośredniej mozna również oznaczyć siarkę barwika moczowego, jeśli od sumy: siarki całkowitej osadu miedziawego i siarki utlenionej przesączu od tego osadu odciągnie się ilość całkowitej siarki utlenionej w moczu. Obie metody dają zgodne wyniki. W prawidłowym moczu ludzkim na 100 cz. siarki obojętnej wypadło 35—51 cz. siarki thiourochromu, w czasie zaś ostrego głodu 24 do 62 (średnio 44). U przeżuwających siarka barwika żółtego stanowi 31 do 40% siarki obojętnej. Obecność tak znacznych ilości siarki obojętnej w osadzie miedziawym, z którego w poprzednich pracach autor otrzymywał barwik żółty w stanie czystości dostatecznej dla rozbiorów elementarnych, stanowi wymowny dowód, że pierwiastek ten jest istotnym a nie przypadkowym składnikiem tego barwika. Podawanie w wątpliwość tego faktu przez niektórych badaczy nietylko nie odpowiada rzeczywistym stosunkom, lecz nadto nie opiera się na dostatecznie ścisłych dowodach doświadczalnych.

Wiadomości bieżące.

Komisya redakcyjna odbyła dn. 6. b. m. posiedzenie, na którem postanowiła z powodu stanu wojennego zawiesić wydawanie »Przeglądu lekarskiego« aż do odwołania.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 19. VII. do 25. VII. 1914 zgłoszono przypadków: błonicy 2 † — (obcych 2 † —), krztuśca — † —, ospy wietrznej —, płonicy 13 † — (8 † 1), odry 1 † — duru brzusznego — † — (5 † 1), czerwonki 1 † — (3 † —), gorączki połogowej 1 † 1, róży 1. Dr Janiszewski.

Odznaczenia. Cesarz nadał zwyczajnemu profesorowi Uniwersytetu Jagiellońskiego, wiceprezesowi Towarzystwa rolniczego, Dr Julianowi Nowakowi, order żelaznej korony III klasy.

Mianowania. Dr Couvelaire profesorem położnictwa w uniwersytecie paryskim.

Zmarli: Dr Józef Zborowski w Andrychowie w 72 r. ż.; Dr Antoni Schudmak w 42 r. ż.; J. Nizon, prof. anatomii i fizyologii w Dublinie; G. Ramsay, prof. położnictwa i ginekologii w New-Haven.

Redakcya otrzymała: Dr J. Rosenberg: Seksologia jako nauka ścisła. (Odb. z »Nowin lek.« 1914, zesz. 8). — Dr C. Foroni: Cheratectomia. (Odb. »Liguria medica«, 1914, Nr 5). — Dr A. Mikulski: Badanie nad tętnieniem mózgu człowieka. (Odb. z »Tygodnika lekarskiego« 1914, Nr 13—15). — Prof. P. Ehrlich: Abhandlungen über Salvarsan. Tom IV. Monachium 1914. — Fronczak: The Subnormal Child. Buffalo, sierpień 1913. — Bogdanik: Płaszcz ochronny i taśmówka do sztucznego słońca górskiego. (Odbit. z »Nowin lek.« Poznań, R. XXVI. Z. 7. — Fronczak: Health Work Progress in America. (Odb. z American Journal of Public Health. Tom 3. Nr 3).

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Kazimierz Majewski.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Diabeteserin, przeciw cukrzycy (Dr Wolfram, Nauheim, Zentralbl. f. inn. Med. 1914. Nr 28), środek zawierający eserynę i sole surowicy Truneceka; pierwszy składnik działa tonizująco na nerw błędny, drugi ma wpływ korzystny na stwardnienie tętnic — a więc są działania w kierunkach odgrywających w etyologii cukrzycy wybitną rolę. Fränkel, Friedmann, Huber, Markbreiter i Schütze ogłosili już szereg z korzyścią wyraźną leczonych przypadków. Autor dodaje do tej statystyki kilka własnych przypadków dobrze przebiegających. W. Ll.

Dr Józef LIEBESKIND
MARYENBAD, Dom „Kronprinz“.
135

Szczawa Krondorfska uznana za najlepszą i naturalną.
Najlepsze skutki w nieżytach żołądka i pęcherza, jakoteż dróg oddechowych.
Prospekty rozsyła na żądanie Brunnen-Unternehmung Krondorf bei Karlsbad lub też Generalna reprezentacya dla Galicyi i Bukowiny, Kraków, Grodzka 48. Lwów, Sykstuska 51. 8

Dr MAKSYMILIAN FUCHS ordynuje jak dawniej
w Badenie (pod Wiedniem) ul. Renngasse 6.
284

KARLSBAD Dr W. Maleszewski
b. Asyst. Kliniki krakowskiej
ordynuje jak dawniej „Haus Nastopil“.
O otwarciu własnego
SANATORIUM (PENSION MÉDICALE-DIÈTÉTIQUE)
wyjdą osobne oznajmienia. 288

Rok LIII. Zeszyt uzupełniający r. 1914, wydany w listopadzie 1915. Nr 33.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z oddziału chorób wewnętrznych I A. szpitala św. Łazarza w Krakowie.

O roli soli wapniowych w ustroju, a w szczególności o wpływie ich na sprawy zapalne błon surowiczych

podał

Doc. Dr Józef Latkowski

(Dokończenie).

Hypotezie tej sprzeciwiają się badania Weigerta, Pirqueta i Bogena, z których wynika, że pomimo dostarczenia ustrojowi większej ilości wapnia może nastąpić polepszenie w tężyczce, dalej badania Schabada, nie wykazujące pogarszającego wpływu nadmiaru wapnia w tej chorobie, jak również badania Rosensterna i Nettera, którym udało się wpływać na zmniejszanie skurczów w tężyczce u dzieci przez podawanie chlorku wapnia. Również badania Neuratha wykazują zmniejszoną ilość wapnia czynnego, jako też i badania Iddo i Sarlesa zwiększanie się wydzielania wapnia w tej chorobie.

Wobec tych badań i doświadczeń późniejszych starał się Stoelzner o tyle zmodyfikować swoją hypotezę, iż twierdzi, że w pewnem zgęszczeniu sole wapnia działają podniecająco, zaś po przekroczeniu pewnej granicy (w większej koncentracyi) hamująco na objawy zwiększonej pobudliwości układu nerwowego. Ściśle biorąc, jest to ustąpienie z teoryi pierwotnej, gdyż skoro przy zwiększonej koncentracyi wapnia objawy tężyczki wedle zmodyfikowanej hypotezy Stoelznera mają się zmniejszać, nie może być mowy o zatruciu wapniem w tej chorobie.

Ciekawe też są badania kliniczne Curschmanna nad dodatnim wpływem wapnia na tężyczkę oskrzelową (bronchotetania), zdarzającą się u dorosłych. Przez podawanie mleczanu wapniowego w niezbyt dużych dawkach (4 gr. pro die) osiągał on zupełne usunięcie objawów tej choroby.

Curschmann widział też dodatnie wyniki działania wapnia w tężyczce u dzieci i w tężyczce mieszanej z napadami padaczkowymi.

Prócz Curschmanna także Ritschel miał wynik dodatni przy podawaniu wapnia w tężyczce oskrzelowej.

Wielu innych klinicystów spostrzegało również fakt, że sole wapnia usuwają, a względnie zmniejszają objawy tężyczki. I tak Freudenberg, L. Kleemann, Thorspechen, Bauer i Lust widzieli dodatni wpływ soli wapnia w tężyczce u dzieci, E. Mayer i E. Kehrer w szczególności w tężyczce u ciężarnych (Maternitätstetanie), Grünfelder przy podawaniu specyalnie bromku wapnia uzyskiwał najlepsze wyniki, zaś Saxl przy tężyczce jelitowej (Enteritistetanie), wstrzykując wapń z żelatyną, wreszcie Göppert z różnemi solami wapniowemi miał dobre wyniki; uważa on jednak wapń za środek uśmierzający, a nie za dyetetyczny, t. zn. wpływający na przemianę materyi, za jaki go zwłaszcza na podstawie badań doświadczalnych uważać należy. Przeciwko zapatrywaniu Göpperta na wapń przemawia ten fakt, że nawet bardzo duże dawki wapnia, jak się sam przekonałem i jak wynika z badań Voorhoevea, nie wywołują żadnych działań ubocznych. Dodatni wpływ wapnia na tężyczkę stwierdzili też Parhon, Urechie, Berkeley, Bell, Martin i Ott.

Zaznaczyć należy, że wbrew niektórym autorom Curschmann otrzymywał dodatnie wyniki przy podawaniu niezbyt dużych dawek przez dłuższy czas, około 1.5 gr (pro die) miesiącami, a nawet latami, co zgadza się z badaniami Voorhoevea, wykazującemi, że ilość wapnia zatrzymanego w ustroju wzrasta w miarę podawania, a ponieważ w tężyczce mamy do czynienia z ubytkiem wapnia, więc przez długotrwałe podawanie, uzupełniając ubytek wapnia w ustroju, usuwamy objawy chorobowe.

Przeważnie niezależnie od tych badań klinicznych robiono też doświadczenia na zwierzętach, których znaczna część nietylko dowodzi, że przy tężyczce mamy głównie ubytek wapnia i przez dostarczanie jego można objawy jej usunąć, lecz także rzuca pewne światło na związek przemiany wapnia w ustroju z niektórymi gruczołami o wewnętrznem wydzielaniu.

Z dawniejszych prac nad tą sprawą zasługuje na uwagę praca Questa, w której wykazuje on zwiększenie pobudliwości układu nerwowego obwodowego u młodych psów pod wpływem dyety, zawierającej mało wapnia, a zatem pod wpływem zmniejszenia ilości wapnia, doprowadzonego do ustroju.

W późniejszych doświadczeniach Quest przekonał się, iż zatrzymanie doświadczalne wapnia w ustroju nie wywołuje objawów tężyczki, co obala między innemi hypotezę Stoelznera o zatruciu wapniem przy tężyczce.

Ważne i ciekawe doświadczenia nad przemianą wapnia w ustroju i stosunkiem jej do gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu przeprowadzili Leopold i Reuss. Wycinali oni mianowicie u szczurów wewnętrzne i zewnętrzne gruczoły przytarczyczne i otrzymali skutkiem tego objawy tężyczki, a przytem badali zmianę ogólnej ilości wapnia w ustroju. Bezpośrednio po wycięciu nie zauważyli żadnych wyraźnych zmian w ilości wapnia, w miarę jednak wzrostu szczurów, pozbawionych gruczołów przytarczycznych, znajdowali zmniejszoną ilość wapnia, co wskazuje z jednej strony na wpływ braku gruczołów przytarczycznych na przemianę wapnia w ustroju, z drugiej zaś strony na związek braku tych gruczołów i ubytku wapnia z powstawaniem tężyczki.

Zauważyć też trzeba, że nietylko ogólna ilość wapnia była mniejsza po wycięciu gruczołów przytarczycznych, lecz i ilość wapnia w tkance kostnej w stosunku do ilości jego w pozostałych tkankach była mniejsza niż prawidłowo, że zatem ubytek wapnia ujawniał się głównie w tkance kostnej, co zgadza się z badaniami nad zachowaniem się zębów i kostniny (callus) po sztucznych złamaniach u szczurów, pozbawionych gruczołów przytarczycznych.

A mianowicie Erdheim oglądał u takich szczurów zęby i po pewnym czasie dostrzegł na przedniej powierzchni zębów siecznych pojawiające się i zwiększające się plamy, których badanie wykazało niedostateczne zwapnienie szkliwa i zębiny. Dalej wywoływał sztuczne złamanie kości u szczurów z wyciętymi gruczołami przytarczycznymi i przeprowadzał badania kostniny, która przypominała zmiany krzywicze, a więc wywołane ubytkami wapnia. Fleischmann widział podobne ubytki szkliwa u dzieci z tężyczką.

Najważniejsze może są doświadczenia Mac-Calluma i Vögtlina o tyle, że nietylko przeprowadzili oni badania nad przemianą materyi u psów pozbawionych gruczołów przytarczycznych i zauważyli objawy sztucznej tężyczki, lecz starali się też usunąć je doświadczalnie przez podanie (względnie wstrzykiwanie) wapnia, i to z wynikiem dodatnim. Z badań ich wynika, że w tężyczce zachodzi zmniejszenie ilości wapnia w tkankach, a zwłaszcza w mózgu i krwi i zwiększenie się wapnia w moczu i kale, co potwierdza Falta i Cattaneo.

Przekonawszy się o zmniejszaniu się ilości wapnia w ustroju w sztucznej tężyczce, Mac Callum i Vögtlin starali się ją usunąć przez wstrzykiwanie 5% rozczynu mleczanu wapniowego i octanu wapniowego śródżylnie, ewentualnie podskórnie i otrzymali znikanie objawów na dobę, poczem po powtórnem wstrzyknięciu objawy znowu znikały. Wstrzykiwanie soli Na i K zwiększało objawy tężyczki, które znów dawały się usunąć przez większe dawki soli wapnia.

Z badań tych klinicznych i z doświadczeń, przeprowadzonych nad sztuczną tężyczką, wynikałoby, że w sprawie, w której mamy do czynienia z brakiem czynności gruczołów przytarczycznych, występuje zaburzenie w przemianie soli mineralnych, w szczególności soli wapnia, a mianowicie, że występuje wzmożenie wydzielania tychże soli, wiodące do ubytku ich w ustroju. Gruczoły przytarczyczne powstrzymywałyby przemianę soli wapnia w ustroju.

Badania, przeprowadzone głównie przez Faltę i jego współpracowników Tedesko, Bertelliego, Bolaffiego, Rudingera, na ludziach i zwierzętach nad wpływem innych gruczołów z wewnętrznem wydzielaniem na przemianę soli mineralnych, a szczególnie soli wapnia, wykazują też zależność jej od tych gruczołów, i to w rozmaitym kierunku; a mianowicie przekonano się, że wydzielanie tarczycy i przysadki mózgowej zwiększa wydzielanie soli wapnia podobnie, jak i w zasadzie przemianę białka, węglowodanów i tłuszczów, stąd też tym gruczołom nadano nazwę przyspieszających przemianę materyi (gl. acceleratoriae).

Natomiast trzustka, podobnie jak gruczoły przytarczyczne, hamuje wydzielanie soli wapnia, równie jak przemianę ciał organicznych, stąd gruczoły te zwą się opóźniającymi przemianę materyi (gl. retardivae).

Badania doświadczalne Bascha i Friedlebena wykazywały też wpływ grasicy na produkcyę wapnia w ustroju, u zwierząt bowiem pozbawionych grasicy występowały zmiany w kościach, wykazujące zmniejszanie się substancyi kostnej, a zwiększanie chrząstkowej.

Podobnie i badania Cozzolina, Soliego, Luciena Perriera, Mac Lenanna, Noëla Patona, Ranziego, Tandlera, Klosego, Vogta, Parisota, Mattiego, wykazały zmiany w kostnieniu kości po wycięciu grasicy. Vogt, Klose i Rahn wykazali, że ilość wapnia po wycięciu grasicy jest dwa razy mniejsza, niż prawidłowa, zatem grasica działałaby hamująco na wydzielanie wapnia, podobnie jak gruczoły przytarczyczne i trzustka.

Sprawą w ostatnich czasach bardzo często poruszaną jest sprawa znaczenia soli wapniowych w gruźlicy. Już w roku 1877 Bell podawał chlorek wapnia w gruźlicy płuc, a Benecke nieco później fosforan wapniowy.

Prócz powyżej wymienionych cały szereg francuskich i niemieckich badaczy zajmował się tą sprawą, stojąc na wręcz przeciwnem stanowisku. Francuzi, jak Gaube, Robin, Ferrier, Bordet, Loeper i Béchamps, a także Senator i Croftan na podstawie swych badań wyciągnęli wniosek, że w ustroju gruźliczym występuje wzmożone wydzielanie soli wapniowych, czyli t. zw. demineralizacya jest przyczyną usposobienia gruźliczego. Ale teoryę tę oparli na mało uzasadnionych podstawach, t. j. nie na badaniach nad całkowitą przemianą ciał wapniowych, lecz jedynie nad zawartością wapnia w moczu, znajdując ją większą u gruźliczych, niż u ludzi zdrowych.

Przypuszczano też, że zjawisko rzadszej gruźlicy u robotników w kopalniach wapna trzeba przypisać wzbogaceniu płuc w wapno, a więc zwiększonej odporności, jak twierdzą Burno, Selkirk, Fisec i Brocci. Tymczasem Gotstein nie mógł wykazać zwiększonej zawartości wapna w płucach po jego podawaniu. Dalej nie rozstrzygnęły tej sprawy również badania ilościowe na zwłokach, bo jedni, jak Sanozrat i Rebattu, znaleźli zmniejszoną zawartość wapnia, zaś Weigert i Steinitz nie mogli tego wykazać.

Również sprzeczne wyniki otrzymywano z badań nad obecnością czynnych prątków gruźliczych w zwapniałych ogniskach. Lubarsch wykazywał żywe prątki w zwapniałych ogniskach gruźliczych, choć w całkowicie zwapniałych ogniskach mniej zaraźliwe i mniej żywotne; zaś Wegelin na 10 przypadków tylko w 4, i to w bardzo małej ilości mógł je wykazać. Kindborg wykazał, że dodatek soli wapniowych do pożywki nie wywiera szkodliwego wpływu na ich wzrost.

Tak więc danych, na których Robin i inni budowali

swą teoryę, wobec tych sprzeczności nie można uważać za pewniki.

Ott dopiero pierwszy oparł swe badania na racyonalniejszej podstawie, bo nie ograniczał się jedynie do badania zawartości wapna w moczu, lecz prowadził bilans z całkowitej przemiany ciał wapniowych, wprowadzając poraz pierwszy oznaczenie wapna w kale. Na tej drodze wydzielają się sole wapnia, jak wykazał Noorden, w przeważającej ilości, około 90%.

Doświadczenie Otta, a także Mayera, wykazały dodatni bilans przemiany ciał wapniowych, z czego wyciągnęli oni wniosek, że w gruźlicy demineralizacya nie jest stałą i nie ma jej w zaczątku choroby. Przeprowadzeniu tych doświadczeń stawia Voorhoeve liczne zarzuty, przedewszystkiem co do wyboru materyału. Mayer między pięcioma badanymi gruźliczymi miał dwoje dzieci; danych z przemiany ciał wapniowych nie można w tym przypadku porównać z bilansem u dorosłych z powodu zużycia części wapnia na wzrost nowych tkanek. Trzech zaś pozostałych miało zmiany patologiczne w przewodzie pokarmowym, co silnie oddziaływa na przemianę wapnia w ustroju. Tak więc liczby, znalezione u tych chorych, nie dają prawidłowego obrazu przemiany ciał wapniowych u gruźliczych.

Ott znów u badanych ośmiu chorych (gruźliczych) ze zbyt wysoką ciepłotą nie podał długości ciała ani wagi. Nie wiadomo więc, czy liczb otrzymanych w zestawieniu nie trzeba kłaść na karb zbytniego wychudzenia. Albowiem Lewin i Moraczewski wykazali, że dekalcyfikacya jest zwykłym objawem wychudzenia, a więc nie szczególną własnością gruźliczych i można ją uogólnić na wszystkie choroby (włączając gruźlicę), które wyniszczają ustrój.

Dodatni zaś bilans mógł być wynikiem tego, że chorym podawano wapno przeważnie jako zawarte w mleku, a więc w postaci związków łatwo się wchłaniających. Dawki w tej postaci wynosiły $4^1/_2$—6 gr. CaO dziennie, zatem dwa do trzech razy przewyższały prawidłowe zapotrzebowanie ustroju.

Najważniejszej jednak rzeczy Ott nie zrobił, nie przeprowadził bowiem badań porównawczych z osobnikami prawidłowymi, co pierwszy uczynił dopiero Voorhoeve, bo tylko w ten sposób mógł był rozstrzygnąć pytanie, czy ustrój zakażony gruźlicą w mniejszej lub większej mierze zatrzymuje wapno, t. j. czy ma skłonność do dekalcyfikacyi.

To też, jak widać, niemieccy uczeni niesłusznie przytaczali badania Otta, jako rozstrzygające w sprawie demineralizacyi i na tej podstawie zwalczali wraz z nim francuską teoryę Robina, przeciwstawiając jej wynik tych doświadczeń, jako niezbity dowód tego, że dekalcyfikacya nie jest następstwem gruźlicy, oraz że strata wapnia nie tworzy usposobienia do gruźlicy.

Wobec tego, że tak francuscy jak i niemieccy badacze nie opierali swych wniosków na dostatecznie ścisłych i odpowiednich doświadczeniach, należało tę sprawę poddać naukowej analizie.

Uczynił to w r. 1913 Voorhoeve. Wielką wagę położył przedewszystkiem na wybór materyału, tak, aby w ustrojach prawidłowych i gruźliczych przemiana ciał wapniowych nie doznawała żadnych zaburzeń. Wybrał z prawidłowych i gruźliczych osobniki: 1) dorosłe rodzaju męskiego (u kobiet wpływa miesiączka na przemianę soli wapniowych), 2) niewychudzone, bo takie wskutek straty znaczniejszej wapnia są skłonne zatrzymywać go w ustroju, 3) takie, które dłuższy czas będąc na klinice, przyzwyczaiły się do przepisanego trybu życia, 4) wyłączył osoby, które wykazywały stratę na wadze, u nich bowiem już z góry można przypuścić bilans ujemny. Z pomiędzy gruźliczych wyłączył te, u których następujące stany patologiczne: a) zaburzenia w przewodzie pokarmowym, b) choroby nerek, c) zaburzenia w przemianie materyi i czynności gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu, d) choroby kośćca lub układu mięśniowego, e) zatrucia kwasami, f) stan wygłodzenia i silne wychudzenie, g) silny przyrost na wadze, zwłaszcza u tych, którzy przedtem byli bardzo wychudzeni, jak również po chorobach zakaźnych, h) gorączka, i) choroby serca, j) choroby pęcherza, — mogłyby wpływać na bilans przemiany wapnia.

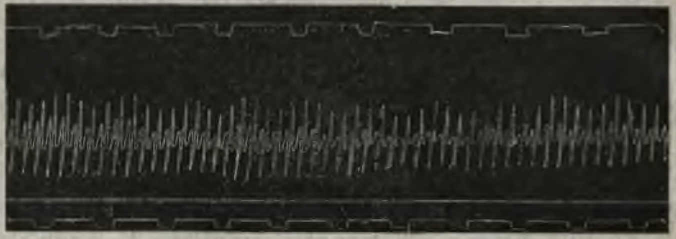
Następnie ustalił sprawę pożywienia ze względu na to, że wessanie związków wapnia z pożywienia większe lub mniejsze ma odpowiedni wpływ na przemianę soli wapniowych, oraz, że ta przemiana zależy bardzo od rodzaju pożywienia, a nawet, jak wykazali Kochmann i Biernacki, od stosunku zawartości białka i tłuszczu do węglowodanów w danem pożywieniu.

Z badań Voorhoeva wynika, że ludziom gruźliczym potrzeba większej ilości wapnia, niż zdrowym, i że chory na gruźlicę jest w równowadze wapniowej przy większych dawkach wapnia, niż zdrowy. Zatem ludzie gruźliczy mają skłonność do dekalcyfikacyi. Wyniki te potwierdzają zatem teoryę francuską demineralizacyi, dając jej pewną naukową podstawę, opartą na ścisłych badaniach.

Podając od kilku lat sole wapniowe w różnych postaciach gruźlicy, nie mogłem zauważyć wybitnego wpływu dodatniego na przebieg tej choroby. Dotychczas mogłem zauważyć wybitniejsze działanie wapnia tylko na stan ogólny, oraz na ciężar ciała chorych, lecz nie na zmiany gruźlicze w płucach. Nasuwa się jednak przypuszczenie, że zaburzenia w wydzielaniu soli wapniowych, jak to francuscy autorowie podnosili i jak dopiero co przytoczone dalsze badania stwierdzają, mogą mieć znaczenie w usposobieniu do gruźlicy lub do rozwijania się i postępowania sprawy gruźliczej u kobiet podczas ciąży i karmienia. I należałoby w tym właśnie okresie życia kobiety podawać sole wapniowe przy sprawach gruźliczych, bo szybkie szerzenie się spraw gruźliczych przemawia za możliwością istnienia wtedy usposabiającego do gruźlicy zubożenia ustroju w wapno. Sprawę tę jednakże należałoby zbadać jeszcze dokładnie na większym materyale, odpowiednio dobranym, w korzystnych warunkach.

Jednem z najwięcej nas zajmujących działań soli wapniowych jest ich wpływ na narząd krążenia. Na podstawie doświadczeń na zwierzętach zimnokrwistych i ciepłokrwistych uważają Howell, Locke, Langendorff, Hueck obecność soli wapniowych za konieczną do prawidłowej czynności serca. Langendorff i Hueck spostrzegali po wstrzyknięciu śródżylnem soli wapniowych u kota wzrost ciśnienia krwi i wzrost energii skurczów serca. W doświadczeniach na zwierzętach, ogłoszonych w roku 1906, mogłem się przekonać, że pod wpływem soli wapniowych w pewnem stężeniu wzrasta ciśnienie krwi i rośnie siła skurczów serca. W kilku doświadczeniach, wykonanych w Zakładzie fizyologicznym Uniwersytetu Jag. na psach, po wstrzyknięciu 0·1 chlorku wa-

pnia wzrost ciśnienia był widoczny i wynosił kilkadziesiąt milimetrów rtęci, a mianowicie w doświadczeniu Nr. VIII z początkowego ciśnienia 65 mm. Hg wzrosło średnie ciśnienie na 110 mm. Hg. Obok tego mogłem zawsze stwierdzić, że siła skurczów serca wzrasta bardzo znacznie po wstrzyknięciu soli wapniowych, ale tylko przy pewnem stężeniu. Najwybitniejsze działanie można spostrzedz, gdy ilość soli wapniowych powiększymy w surowicy krwi w dwójnasób. Wpływ ten widać wyraźnie na załączonych krzywych.



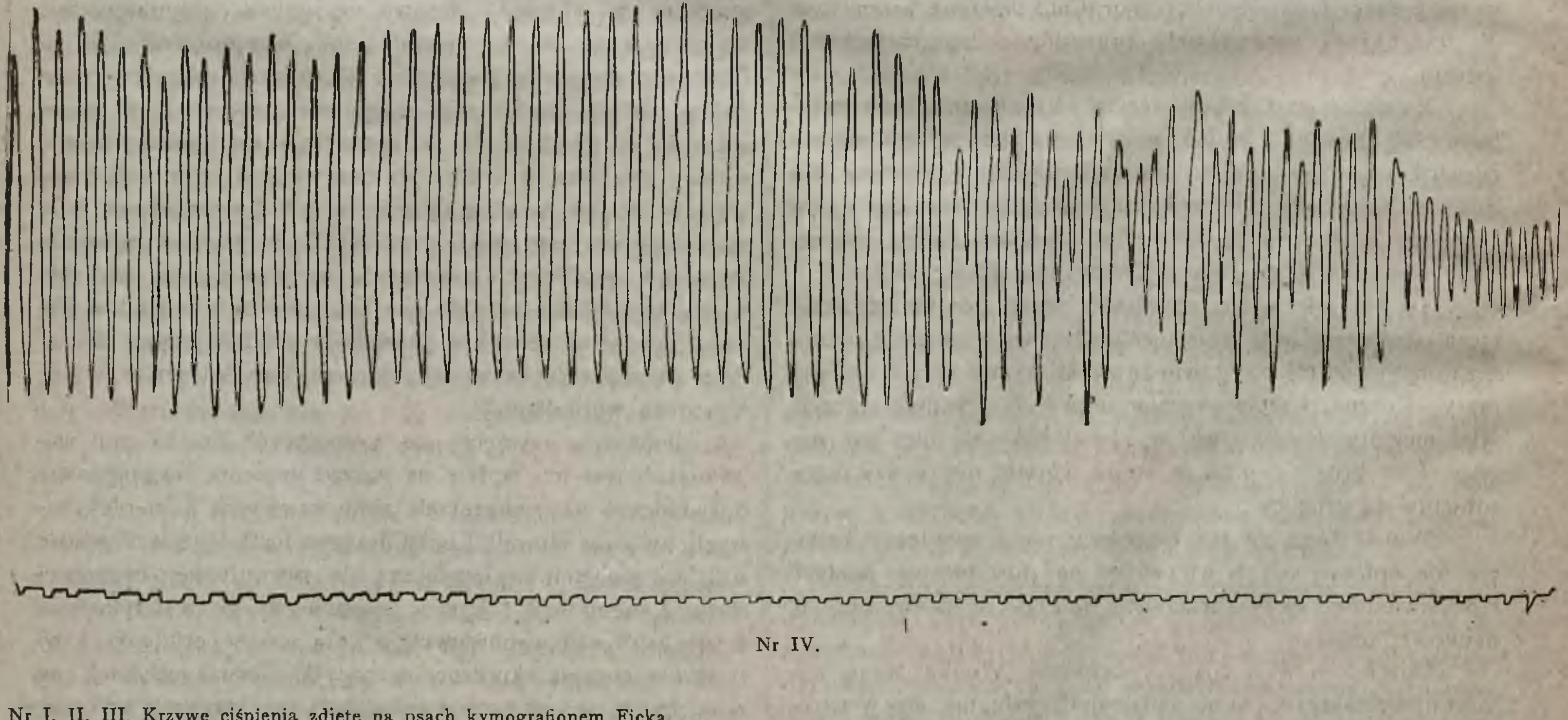
Nr. I.



Nr. II.



Nr III.



Nr IV.

Nr I, II, III. Krzywe ciśnienia zdjęte na psach kymografionem Ficka.

Nr I. Krzywa w 30 sek. po wstrzyknięciu 0·55% NaCl (13 cm³) nie wykazuje zmian.

Nr II. W 35 sek. po wstrzyknięciu 0·55% $CaCl_2$ (13 cm³) wykazuje zmianę akcyi serca (amplituda staje się większą).

Nr III. W 40 sek. po drugiem wstrzyknięciu 0·55% $CaCl_2$ (13 cm³) wykazuje zwolnienie akcyi serca i zwiększenie jeszcze znaczniejsze siły skurczów.

Nr IV. Krzywa ciśnienia zdjęta na psie kymografionem Ludwiga po wstrzyknięciu 10 cm³ $CaCl_2$ wykazuje w 57 sek. zwolnienie akcyi serca i wzrost siły skurczów.

Gdy dawkę wapnia powiększamy jeszcze więcej, wtedy występują skurcze tężcowe serca i w końcu serce staje w skurczu.

W doświadczeniach moich nad wpływem soli wapniowych przy wlewaniach po krwotokach wynika, że wpływ korzystny działania tych soli na serce i narząd krążenia obwodowego, jakoteż i układ nerwowy, da się zauważyć po bardzo małych dawkach, a mianowicie w rozcieńczeniu 1:5.000, z czego można wnosić, że tu działają same jony wapniowe. Stosując następnie u chorych po krwotokach tesame wlewania, spostrzegłem również dobre wyniki. Nie widziałem nigdy podniesienia ciepłoty, o czem już wspomniałem. Stosowałem dalej tesame rozczyny soli kuchennej z chlorkiem wapnia w ciężkich stanach mocznicy i widziałem działanie dodatnie na wydzielanie moczu i na objawy zatrucia mocznicowego ze strony układu nerwowego i narządu krążenia. Z dwunastu przypadków mocznicy, w których stosowałem wstrzykiwania, w trzech objawy mocznicy ustąpiły, w dwóch było tylko polepszenie. W siedmiu wyniku dodatniego nie było, choć prawie zawsze po wstrzyknięciu soli występowało mniej lub więcej obfite oddawanie moczu.

1. J. P., córka rolnika, lat 18. N. d. oddz. 80, od 21. I 1914 do 17. III. 1914. Glomerulonephritis post scarlatinam uraemia.

Przed miesiącem choroba wysypkowa z gorączką, po której skóra łuszczyła się płatami. W dniu przyjęcia chora napół przytomna, apatyczna, bardzo osłabiona, na skórze obrzęki, szczególnie na kończynach dolnych. Badanie moczu wykazuje skąpą ilość moczu, c. g. 1·024 z wielką ilością białka, koło 2%, bardzo liczne wałeczki krwawe i ziarniste, bardzo liczne nabłonki nerkowe, ciałka krwi czerwone. Tętno niepoliczalne. Serce rozszerzone, sięga na jeden palec poza linię sutkową lewą i do przymostkowej prawej. Ciągłe wymioty, oddech przyspieszony, głęboki, liczba oddechów 42, ciepłota 36 — 36·1. Pomimo kamfory, kofeiny, pijawek i upustu krwi, stan nie poprawia się. Dnia 22. I. i 23 I. stan tensam, chora bardzo osłabiona, nieprzytomna, wymioty częste, źrenice wązkie, tętno niepoliczalne, oddech bardzo głęboki i przyspieszony l. 50. Digalen śródżylnie bez skutku. Chora moczu nie oddaje. Ponieważ stan przez noc nie poprawił się, chora nieprzytomna wymiotuje, wstrzyknięto 24. I. 1 litr 0.85% NaCl.+0.02% $CaCl_2$. Po wstrzyknięciu odeszło w dwie godziny 300 cm^3 moczu krwawego, zawierającego białka 1% i mnóstwo wałeczków krwawych i ziarnistych; stan ogólny lepszy, wymiotów niema, duszność mniejsza, tętno lepiej wyczuwalne. Dnia 25 I. drugie wstrzyknięcie, duszność mniejsza. W płucach mniej rzężeń, tętno lepiej wyczuwalne, 160. Moczu 560 cm^3. Dnia 26. I. moczu 1.000 cm^3., tętno 100, lepiej napięte. Odtąd stała poprawa, tak że chora tylko ze śladami białka, bez obrzęków, w dwa miesiące potem opuściła szpital.

2. Nr. dz. 92. 1910. Uraemia post partum. Przypadek ten dotyczy chorej, która 10. dnia po porodzie dostała objawów mocznicy. Mocz badany 3. dnia po porodzie zawierał 3% białka, c. g. 1.020, liczne wałeczki ziarniste i liczne nabłonki nerkowe stłuszczone, ciałka krwi czerwone liczne. W tydzień potem doszło do groźnych objawów mocznicowych, jak wielkiej duszności, bólu głowy, wymiotów, ogólnej przeczulicy skórnej i podniesionej pobudliwości mięśni i ścięgien. Drgawki mięśniowe bardzo częste. Wreszcie chora straciła przytomność, a drgawki mięśniowe zwiększyły się i stały się klonicznemi. Mocz wcale nie odchodził. Tętno bardzo słabo napięte, niepoliczalne. Obrzęk wątroby, obrzęki na kończynach i na twarzy. Gdy stan taki trwał 24 godzin, wstrzyknięcie śróżylne 1 litra 0·85% NaCl+0·02% $CaCl_2$. W dwie godziny potem chora oddała mocz w ilości 600 cm^3. Przytomność wróciła, choć chora bardzo senna i osłabiona. Na drugi dzień jeszcze ból głowy, osłabienie, drgawek ani wymiotów niema. Ilość moczu 1.000 cm^3. Stan chorej w dalszym ciągu poprawia się, tylko niewielka ilość białka, 0·3‰, pozostała.

3. Nr dz. oddz. 114. 10. II. 1914. Nephritis chronica, uraemia.

Chora 53-letnia, nieprzytomna, senna, duszność wielka, liczba oddechów 50, wymioty. Tętno 160, serce powiększone o jeden palec poza linię sutkową lewą. Ciśnienie krwi 180. Moczu skąpa ilość, c. g. 1·012, białka 5‰. Wałeczki ziarniste i szkliste. Wstrzyknięcie soli kuchennej z chlorkiem wapnia w ilości 1 litra Po wstrzyknięciu duszność mniejsza, tętno 120, lepiej wyczuwalne, moczu 500 cm^3, białka 3‰. Wymiotów niema. Stan poprawił się o tyle, że ilość białka wynosiła później 0·1‰ i objawy mocznicowe się nie powtórzyły.

Wprawdzie wedle obecnych wiadomości o istocie mocznicy nie możemy wiedzieć, na jakiem zatruciu polega ten obraz chorobowy, jednak większość badaczy, zajmujących się tą sprawą, zgadza się na to, że przy mocznicy powstaje zatrzymanie pewnych składników moczu (Obermayer i Popper). Z przeciwników tej teoryi zatrzymania się trucizn w ustroju Ascoli podnosi fakt, że zdarzają się przypadki bezmoczu, n. p. przy kamicy, a nie występują objawy mocznicy, jak z drugiej strony przy ciężkich zapaleniach nerek niezawsze powstają objawy mocznicy, — pomimo złej czynności wydzielniczej nerek. Lecz w takich przypadkach, jak kamica, niema tak ciężkich zaburzeń w nerkach i dlatego stopień zatrzymania trucizn nie jest tak duży, lub układ nerwowy, dotąd niezatruwany składnikami moczu, nie jest tak wrażliwy na te trucizny. Za teoryą zatrzymania przemawiają takie fakta, jak to, że przy mocznicy znajdujemy zatrzymanie się pewnych ciał we krwi, a mianowicie wykrywano albo zwiększenie ilości azotu, albo pojawianie się indykanu i innych ciał we krwi, albo obniżenie znaczne punktu marznięcia (Strauss, Obermayer, Popper i ja), co przemawia również za zwiększoną ilością drobin różnych ciał we krwi. Dlatego też sądzę, że stosowanie przepłukiwań ustroju w mocznicy ma swoje uzasadnienie w obecnym stanie wiedzy o tej chorobie. Aby jednak nie pozbawiać ustroju w tak ciężkiem schorzeniu potrzebnych mu do życia jonów wapniowych, wprowadzałem sole wapniowe wraz z chlorkiem sodu. Wypłukanie bowiem soli wapniowych z krwi mogłoby być dla ustroju bardzo szkodliwe. W mocznicy mamy prawie zawsze osłabienie czynności serca, pozbawienie zaś serca soli wapniowych, potrzebnych mu do prawidłowych czynności, mogłoby być dlań bardzo niebezpieczne. Powtóre i z tego powodu nie należy stosować czystego chlorku sodowego, ponieważ istnieją stany złego wydzielania soli kuchennej i n. p. Widal uważa objawy rzucawki (eclampsia) za zatrucie ośrodków nerwowych chlorkiem sodu. Ceconi zaś odnosi pewne objawy mocznicy do niestosunku między jonami wapnia i sodu i do zubożenia krwi w sole wapniowe.

Przytoczone historye choroby dowodzą, że można pewne stany mocznicy leczyć skutecznie podanemi wyżej wlewaniami. I choć nie we wszystkich przypadkach można osiągnąć wpływ korzystny, to jednak stosować je można bez szkody, a wynik dotychczasowy jest zachęcający do ich stosowania.

Działanie korzystne soli wapniowych na sprawy zapalne spostrzegłem po raz pierwszy przy łóżku chorego w roku 1907. Opierając się na zasadzie korzystnego wpływu na przybytek ciężaru ciała u zwierząt, podawałem chlorek wapnia przy gruźlicy i zauważyłem wynik wybitnie korzystny w przypadku wysięku całkowitego lewostronnego u 17-letniego chłopca, mającego małe zmiany w płucach na tle gruźliczem. Później znacznie, w roku 1910, pojawiły się prace Chiariego i Januschkego, wykazujące działanie soli wapniowych na ściany naczyń zapalnie zmienionych.

Tłómaczyć to działanie można w myśl doświadczeń Herbsta działaniem soli wapniowych na stan koloidów. A mianowicie udało się temu autorowi przez odciągnięcie soli wapniowych z otoczenia, w którem rozwijały się jaja jeżowca, wyhodować z jednego jaja dwa zwierzęta. Tłómaczyć to można w ten sposób, że substancya kitowa staje się wskutek braku wapnia w otoczeniu więcej luźna i że komórki jaja mogą się rozdzielić na pojedyncze.

Opierając się na spostrzeżeniach powyższych Herbsta i częściowo na badaniach Wrighta nad wpływem soli wapniowych na powstrzymanie obrzęków skórnych, wykonali R. Chiari i H. Januschke szereg doświadczeń na zwierzętach celem przekonania się o działaniu wapnia na przesięki, względnie wysięki płucne i obrzęki spojówki, mogącem wpływać na zagęszczanie ścian naczyń. Że przepuszczalność naczyń pozostaje w związku z obecnością soli wapnia, o tem przekonał się R. Chiari, wywołując przez podanie substancyi strącających wapno (siarczan, szczawian, winian sodu) silne wydzielanie się wody w jelitach, co wskazuje na zwiększenie przepuszczalności naczyń jelitowych.

Autorowie ci przeprowadzili dwa rodzaje doświadczeń. A mianowicie jednym psom wstrzykiwali śródżylnie jodek sodu, tiosinaminę, względnie toksynę błoniczą i równocześnie podskórnie chlorek wapnia, drugim zaś to samo bez chlorku wapnia i przekonali się, że u pierwszych nie dochodzi do wytworzenia się wysięku opłucnej w przeciwieństwie do drugich. W drugiej seryi doświadczeń wstrzykiwali królikom do worka spojówkowego olejek gorczyczny lub abrynę i wstrzykiwali równocześnie podskórnie chlorek wapnia i nie otrzymali u nich prawie całkiem obrzęku spojówki, natomiast na oczach królików, drażnionych w sposób powyższy bez wstrzykiwania tegoż chlorku, otrzymywali obrzęk.

Doświadczenia te, wykonane w sposób bardzo ścisły, dowodzą jasno, że sole wapnia (używali też oprócz chlorku mleczanu wapniowego), powstrzymują wytwarzanie się przesięków w jamie opłucnej, jakoteż i mniejszych obrzęków.

Autorowie ci nadto, wstrzykując obok $CaCl_2$ hirudynę, wykazali, że to działanie wapnia nie pozostaje w żadnej łączności z jego wpływem dodatnim na krzepliwość krwi. Leo wykonywał też podobne doświadczenia na oczach królików o tyle odmiennie, że podawał też wewnętrznie i że wstrzykiwał sole wapniowe wprost do worka spojówkowego i otrzymywał wyniki dodatnie. Na podstawie tych i poprzednich doświadczeń uważa on za dostatecznie dowiedzione działanie przeciwzapalne soli wapnia, a ponieważ u ludzi nie widział ujemnych ubocznych działań, przeto sądzi, iż w różnych sprawach zapalnych należy zastosować sole wapnia.

W przeciwieństwie do tych doświadczeń, a zwłaszcza Chiariego i Januschkego, które wydają się bez zarzutu, na co i Van der Velden się zgadza, doszedł Levy, powtarzając je, do ujemnych, a częścią przeciwnych wyników, tak w doświadczeniach na oczach królików, jak i nad wysiękami, na podstawie których zaprzecza działania wapnia, powstrzymującego tworzenie się wysięków względnie przesięków.

Doświadczenia te jednak, jako przeważnie o ujemnym charakterze, nie mogą żadną miarą obalić dodatnich doświadczeń Chiarego i Januschkego oraz Lea, które znajdują potwierdzenie w doświadczeniach klinicznych.

Dlatego sądzę, że większy materyał kliniczny, jaki w tym kierunku zebrałem, będzie ważny dla wyświetlenia sprawy działania soli wapniowych w sprawach zapalnych błon surowiczych, i to tem więcej, że takie doświadczenie kliniczne albo popżre doświadczenia na zwierzętach, albo choćby faktów samych nie zachwiało, to jednak w razie braku skuteczności tego leczenia na chorych, uczyni sprawę działania soli wapniowych sprawą, nie mającą praktycznego znaczenia dla lekarzy. Materyał mój uzbierany został przez lat kilka, pierwsze bowiem spostrzeżenia moje datują się z r. 1907. Stosowałem sole wapniowe szczególnie u chorych z gruźlicą płuc i gruczołów, dlatego badania wpływu na wysięki i sprawy zapalne błon surowiczych dotyczą głównie stanów zapalnych gruźliczych. Spostrzeżenia moje są bardzo liczne, zestawiam jednak tylko materyał ze 102 chorych, dokładnie przejrzany i klinicznie ściśle obserwowany.

Większą liczbę tych chorych badałem na oddziale szpitalnym od grudnia 1912 roku, część zaś w praktyce prywatnej, ale z tych podaję poniżej tylko takie przypadki, w których można było przeprowadzić dokładniejsze badanie kliniczne i gdzie obserwacya była bez zarzutu.

Co do sposobu stosowania chlorku wapnia, to z początku podawałem czysty chlorek wapniowy, potem z powodu lepszego smaku przeszedłem do mleczanu wapniowego. Stosowałem je głównie wewnętrznie, albowiem przekonałem się, że wapno bardzo łatwo ulega wessaniu i wpływ jego przy podawaniu wewnętrznem jest zupełnie niewątpliwy. Wstrzykiwań podskórnych z powodu bolesności i tworzenia się nacieków nie stosowałem. Z badań Voorhoevea wynika też, że chlorek i mleczan wapniowy doskonale ulegają wessaniu i można było u chorych gruźliczych usunąć tą drogą, t. j. podając te środki wewnętrznie, zupełnie pewnie demineralizacyę przedtem istniejącą. Można nawet w ten sposób dłuższy czas utrzymywać nadmiar wapna w ustroju. Voorhoeve podawał do 15 gr. dziennie u swych chorych i nie widział żadnych zaburzeń jelitowych, ani działań ubocznych. Ja u moich chorych również stosowałem różne dawki od 3—6 gr. dziennie mleczanu wapniowego i dochodziłem do dawek, przez Voorhoevea podanych, bez niekorzystnego działania ubocznego. Tylko Van der Velden widział zaburzenia żołądkowe u swych chorych. Do osiągnięcia jednak dodatniego wyniku przy sprawach zapalnych gruźliczych na błonach surowiczych nie trzeba tak dużych dawek i wystarczy 1·50 gr. mleczanu wapniowego. Z historyi chorób podaję najważniejsze.

1. J. N., chłopiec, lat 17. Nr dz. 73. 10. X. 1907 r. Exsudatum pleuriticum sin. totale. Choroba zaczęła się przed dwoma dniami kłuciem w lewej stronie klatki piersiowej, kaszlem suchym, gorączką i dreszczami. Ciepłota 39° C.,

tętno 100, duszność, kaszel. W lewem płucu stłumienie z tyłu do 9. kręgu piersiowego, szmery osłabione, tarcie opłucnej. Leczenie: aspiryna 3 razy dziennie 1 gr. W ciągu 3 dni pogorszenie. Stłumienie do grzebienia łopatki, szmery osłabione w okolicy łopatki — oskrzelowe ciche; niema żadnych rzężeń, ani plwociny. Dnia 15. X. ciepłota 39—39·5° C., stłumienie zajmuje całą lewą stronę klatki piersiowej, drżenie zniesione, szmery niesłyszalne. Nakłucie próbne wykazuje płyn surowiczy, próba Rivalty dodatnia, limfocyty przeważają w obrazie mikroskopowym.

Podano mleczan wapniowy 3 razy dziennie po 0·5 gr. Dnia 17. X. wysięk sięga do pół łopatki. Dnia 22. X. w płucu lewem odgłos opukowy jawny, granica dolna mniej ruchoma. Szmery oddechowe dobrze słyszalne, drżenie zupełnie dobrze wyczuwalne. Dalszy przebieg prawidłowy.

2. S. P., chłopiec lat 12, 30. X. 1913. N. d. oddz. 771. Cond. apic. utriusque, exsudatum pleurit. sin. totale subseq. dislocatione cordis.

Stłumienie po całej lewej stronie, trójkąt Broca po prawej. Ciepłota 38·2 – 37, t. 102, duszność znaczna, sinica lekka na wargach. Uderzenie serca po prawej stronie. Stłumienie serca 4 cm poza linią mostkową prawą. Leczenie: Mleczan wapniowy 1·50 gr. dziennie. Trzeciego dnia stłumienie do 8. kręgu piersiowego, 8. dnia bez gorączki, 11. dnia chory opuszcza szpital. Serce wróciło na swoje miejsce, po stronie lewej w dole szmery zupełnie dobrze słyszalne, odgłos opukowy jawny, granica mniej ruchoma.

3. F. P. robotnik w hucie, lat 23, dzień przyjęcia 18. X. 1913, N. 740. Exs. pleurit. dextr. in ind. c. condens. apic. Choroba trwa 2 tygodnie. Kłucie w boku prawym. Wysięk sięga do $^1/_3$ dolnej części łopatki. Nakłucie wykazuje płyn surowiczy łatwo krzepnący, w osadzie limfocyty bardzo liczne; próba Rivalty +, białka 4%, ciepłota przy przyjęciu 38·4° C. Brak apetytu. Po podaniu mleczanu wapniowego 1·50 gr. dziennie, w 5 dniach bez gorączki, płynu bardzo mało, granica jeszcze nieruchoma; szmery słyszalne, kaszlu niema, apetyt dobry. 2. XI. chory opuszcza szpital w stanie dobrym, przy stłumieniu od 10. żebra.

4. S. D., mężczyzna lat 40, 6. III. 1913. Exsudatum pleuriticum dextrum in individuo cum cond. apic. dextr. Choroba zaczęła się przed 8. tygodniami bólem tępym po stronie prawej, na który chory nie zwracał uwagi, przez 6 tygodni gorączka, poty, brak apetytu, osłabienie, bardzo wielkie pragnienie. Ból w boku prawym, kaszel suchy bez plwociny. Badanie wykazało stłumienie w szczycie, obok tego stłumienie od dolnej granicy płuca prawego aż do 7. żebra, w szczycie prawym wdech zaostrzony pęcherzykowy, wydech przedłużony nieoznaczony. Drżenie w miejscu stłumienia niewyczuwalne. Szmery w dole niesłyszalne. Nakłucie wykazuje płyn surowiczy. Przez 6 tygodni leczenie polega na środkach napotnych i moczopędnych. Wysięk się nie zmniejszał, owszem postępował. Ciepłota 39 do 40·3° C. W 24 godzin po podawaniu mleczanu wapniowego płyn się zaczął wsysać, a w 2 dni ubyło go do 10. żebra.

W ciągu 10 dni płyn ustąpił zupełnie, została tylko granica mniej ruchoma i przytłumienie, szmery dobrze słyszalne. W 3 miesiące potem niema śladu płynu, stłumienie od zrostów. Badanie promieniami Roentgena wykazuje zaciemnienie szczytu pr. Gruczoły kołooskrzelowe po obu stronach widoczne, płynu niema, granica płuca pr. mniej ruchoma, przepona wyżej ustawiona.

W przypadku tym był niewątpliwy wpływ wapnia. Odrazu po podaniu mleczanu wapniowego opadła ciepłota o 1° C, poprawił się apetyt, chory, który przedtem jadł ze wstrętem, zaczął jeść i nabierać ciała. Od tego punktu zwrotnego choroba, która zdawała się szerzyć, a w każdym razie wyniszczać chorego, wstrzymała się w swym postępie.

5. F. Ż. mężczyzna lat 52, N. dz. 157, przyjęty 23. II. 1914. Exsudatum pleuriticum serosum sinistrum in individuo cum infiltratione apicis sinistri.

Choroba trwa od 3 tygodni. Chory skłonny do zaziębień, przebywał kilka razy grypę. W 20. roku życia kiła. Badanie wykazuje w obu szczytach stłumienie, większe po stronie lewej, szmery oddechowe zaostrzone, rzężenia drobne. Od 7. kręgu piersiowego stłumienie po stronie lewej, szmery oddechowe osłabione, na granicy stłumienia oskrzelowe, w dole po stronie lewej szmery oddechowe niesłyszalne, drżenie zniesione. Rentgenizacya potwierdza badanie kliniczne. Badanie płynu wykazuje płyn surowiczy, krwawo zabarwiony, z licznymi limfocytami; odczyn Rivalty dodatni, białka 4·5%. Leczenie: 3 gr dziennie mleczanu wapnia. Ciepłota nieregularna, wznosi się codziennie do 37·2° C, raz 19. III 38.9° C, w szczycie lewym liczne rzężenia dźwięczne. Wysięk nie ustępuje. Stan nacieku gruźliczego w płucu lewem pogarsza się. Dnia 28. III. chory zmarł nagle. Badanie pośmiertne wykazuje zmiany gruźlicze większe w płucu lewem, liczne ogniska serowate rozpadające się, w szczycie prawym zmiany włókniste i zaciągnięcia. Na opłucnej lewej liczne gruzełki rozpadające się i złogi włóknikowe, opłucna lewa zgrubiała. W worku opłucnej lewej większa ilość płynu krwawego. W tętnicy płucnej zakrzep, zamykający całe światło naczynia.

6. J. Ł. mężczyzna, N. dz. 291, przyjęty 14. IV. 1914. Pleuritis sicca post pneumonium croup. Chory czuje się niezdrów od 3 dni, kłucie w boku prawym, kaszel, gorączka, choroba zaczęła się silnym dreszczem. Badanie wykazuje naciek zapalny w dolnym płacie płuca prawego, plwocina rdzawa; stan gorączkowy 39·3° do 39·5° C, trwa do 17. III. włącznie. Dnia 18. III. nagły spadek ciepłoty. Chory nie gorączkuje do 27. III; stan ogólny dobry, tętno 72. Objawy nacieku zapalnego do dnia 20. III. zupełnie znikły, natomiast od tegoż dnia tarcie opłucnej w boku prawym i granica gorzej ruchoma, ból kłujący przy oddechu. Ciepłota od 28. III. waha się między 36·5° a 37·2°, 37·5°, 37·8° C. Od dnia 21. III. podano mleczan wapniowy 3 gr. dziennie aż do dnia 27. V. Podczas tego leczenia tarcie powoli ustąpiło i nie doszło do wytworzenia się wysięku. Natomiast wstrzyknięcie tuberkuliny wywołało podniesienie się ciepłoty do 39° C i pogorszenie się chwilowe stanu zapalenia opłucnej.

W tym przypadku był niezwykle długi okres przebiegu choroby.

7. M. W. lat 23, drukarz, N. d. 1499, 20. VI. 1913. Chory często przebywał zapalenie oskrzeli, prawie co roku. Obecna choroba zaczęła się przed 6 tygodniami osłabieniem, gorączką, dreszczami, kłuciem po stronie prawej klatki piersiowej i kaszlem. Lekarz wezwany stwierdził zapalenie opłucnej i podawał aspirynę i jothion do nacierania. Pomimo tego leczenia stan nie poprawiał się i gorączka dochodziła do 39·5° C, czasem zjawiały się dreszczyki. Chory stracił apetyt, kaszel się wzmógł znacznie pomimo podawania leków, tak, że chory z powodu męczącego kaszlu bez środków uśmierzających spać nie mógł. Od 3 dni kłucie przeszło na lewą stronę klatki piersiowej i duszność tak się wzmogła, że chory mógł tylko pozostawać w pozycyi siedzącej.

Badanie d. 20. VI. wykazuje po stronie lewej stłumienie w dole do 9. żebra w linii łopatkowej, tamże szmery oddechowe osłabione. Powyżej w okolicy 8. żebra i w linii pachowej w okolicy 7. żebra tarcie opłucnej bardzo wyraźnie słyszalne. Po stronie prawej stłumienie do 5. kręgu piersiowego, powyżej odgłos bębenkowo-przytłumiony, w szczycie więcej stłumiony. Pole Kroeniga węższe po stronie prawej, szczyt niżej ustawiony. Szmery odddechowe w dole płuca prawego w miejscu stłumienia zniesione, powyżej oskrzelowe, w szczycie wdech pęcherzykowy zaostrzony, wydech przedłużony nieoznaczony, rzężeń nie słychać nawet po kaszlu.

Badanie płynu wykazuje płyn surowiczo-krwawy, odczyn Rivalty +, limfocyty. Po podaniu mleczanu wapnia 3 razy dziennie po 0·50 gr w przeciągu 3 dni poprawa, spadek ciepłoty i ustępowanie wysięku. Dnia 26. VI. 1913 po stronie lewej niema stłumienia w płucu prawem do 9. żebra, powyżej tarcie opłucne. Ciepłota najwyższa 37·5°. Tarcie to utrzymywało się czas dłuższy. Dnia 21. VII. tarcie jeszcze słyszalne z tyłu i w pasze. Granica dolna płuca prawego nieruchoma, do 10. żebra przytłumienie. Szmery dobrze słyszalne. Chory wyżył 90 gr mleczanu wapnia i przybrał na wadze 7 kg, do dnia 13. VIII. przybrał znowu 8 kg. W szczycie prawym stłumienie do grzebienia łopatki, drżenie wzmożone. W dole granica mało ruchoma, po lewej stronie granica zupełnie dobrze ruchoma. Odgłos opukowy jawny w dole płuc, szmery oddechowe prawidłowe.

8. A. K. mężczyzna, lat 32, 10. II. 1914. Choroba zaczęła się przed 8 dniami dreszczami, gorączką, bólami w kościach i mięśniach, szczególnie w krzyżach i kończynach. Badanie przedmiotowe nie wykazywało żadnych zmian oprócz stłumienia w szczycie prawym po przebytem zapaleniu oskrzeli przed 2 laty. Badanie krwi wykazywało leukocytozę 6400, obraz krwi prawidłowy bez przesunięcia w ciałkach białych, ciałek czerwonych 5,200.000. Ciepłota wahała się między 38 a 39·5° C, dreszczów nie było, kaszel suchy, w płucach nieco nieżytu suchego. Leczenie: aspiryna w razie gorączki. Dopiero 6. dnia choroby kaszel większy i kłucie po stronie lewej, z przodu pod obojczykiem, jak i w pasze na znacznej przestrzeni tarcie opłucne, bardzo wyraźne przy wdechu i wydechu.

Dnia 8. podano wapno, na drugi dzień ciepłota najwyższa 37·2° C, chory czuje się dobrze, nie ma żadnych przypadłości, tarcie słyszalne przy wdechu, apetyt dobry. Dnia 10. ciepłota prawidłowa, tarcie bardzo słabo słyszalne w pasze, zresztą niema żadnych objawów przedmiotowych, chory czuje się zupełnie dobrze.

9. M. P., lat 19, przyjęta dnia 2. V. 1914. Exsudatum pleuriticum serosum dextrum. Chora od 6 tygodni osłabiona. Od 2 dni ból w klatce piersiowej po stronie prawej i kaszel. Ciepłota 38·2° C., w szczycie prawym przytłumienie, pole Kroeniga mniejsze. Wysięk sięga do 6. żebra, stwierdzony klinicznie i rentgenologicznie. Trójkąt Garlanda wykazalny, linia Damoiseau typowa. Płyn żółtawy opalizujący, c. g. 1.025, białka 4%, limfocytoza wybitna, próba Rivalty dodatnia. Leczenie: mleczan wapniowy 1·5 gr. dziennie. W 24 godzinach spadek ciepłoty, najwyższa 36·5° C.; odtąd przez cały czas dalszej obserwacyi prawidłowa. Dnia 3. V. stłumienie sięga do 9. żebra, tarcie opłucnej na granicy stłumienia słyszalne, szmery oddechowe słyszalne wyraźnie. W tydzień potem, 9. V., odgłos opukowy jawny w miejscu wysięku, granica po stronie prawej ruchoma nieco słabiej, niż po stronie lewej. Ruchomość przepony przy prześwietlaniu promieniami Roentgena prawie takasama po obu stronach.

10. P. B., mężczyzna, lat 23, przyjęty 15. II. 1914. Exsudatum pleuriticum dextrum sero-purulentum. Choroba zaczęła się nagle przed tygodniem osłabieniem i kaszlem. Badanie 15. II. 1914 wykazuje w prawej jamie opłucnej wysięk, sięgający do 5. żebra, stwierdzony badaniem klinicznem i rentgenologicznem. Badanie wykazuje płyn surowiczy, barwy żółtawej, bardzo mętny. Pod mikroskopem bardzo liczne ciałka wielojądrzaste neutrofilne (96%), obok nielicznych (4%) limfocytów; białka 3%, płyn krzepnie łatwo, ciężar gatunkowy 1.030. Ciepłota 38·1°—37·2° C. Podano mleczan wapniowy, 2 gr. dziennie. W 24 godzinach ciepłota prawidłowa. Dnia 18. II. stłumienie od 9. żebra w linii łopatkowej, szmery dobrze słyszalne, również słyszalne tarcie opłucne; ciepłota wyjątkowo tego dnia 37·8° C. Dalszy przebieg bezgorączkowy, najwyższa ciepłota 36·8° C. Wysięk ustępuje coraz więcej. Dnia 1. III. odgłos opukowy zupełnie jawny, granica prawa ruchoma, wprawdzie nieco słabiej, niż po stronie lewej. Badanie rentgenologiczne wykazuje zaciemnienie w t. zw. »sinus costodiaphragmaticus«.

11. M. L., lat 22, przyjęta dnia 21. III. 1913. Pleuritis sicca in individuo cum induratione apicis sinistri. Choroba zaczęła się wczoraj kłuciem w boku lewym. Chora przed trzema laty przebywała zapalenie oskrzeli. W płucu lewem w szczycie przytłumienie, pole Kroeniga węższe, szczyt niżej ustawiony. Po stronie lewej w pasze i z tyłu w okolicy 9. i 10. żebra tarcie opłucne na dużej przestrzeni. Ciepłota 39° C. Podano mleczan wapniowy. Ciepłota spadła dopiero na trzeci dzień poniżej 37° C. Tarcie utrzymywało się przez tydzień, poczem stan zupełnie dobry.

12. J. K., lat 35, Nr dz. 114, z dnia 26. V. 1913. Chora leczyła się w San Remo z powodu wysięku opłucnego przez 3 miesiące. Badanie wykazuje wysięk do 8. żebra po stronie prawej, stwierdzony promieniami Roentgena. Płyn surowiczy, białka 4%, próba Rivalty dodatnia, limfocyty bardzo liczne. Ciepłota od 36·5°—37·4° C. W przeciągu tygodnia podczas pobytu w Krakowie wysięk ustąpił przy podawaniu mleczanu wapniowego, tylko granica dolna pozostała nieruchoma. W San Remo chora zażywała diuretynę, przetwory salicylowe, jodowe i arszenik bez skutku.

Z załączonych historyi chorób i z zestawionego materyału wynika, że większość chorych miała zapalenie opłucnej t. zw. proste, pojawiające się w początkowych okresach gruźlicy płuc. Materyał składa się ze 102 chorych, w tem 76 mężczyzn, 26 kobiet; leczonych w szpitalu 57 mężczyzn, 18 kobiet. Chorzy ci byli w wieku od 16—60 lat. Większość (70 przypadków) dotyczyła ludzi w wieku do lat 40. Wiek odgrywał o tyle rolę przy leczeniu, że u młodych osób wysięki szybciej ustępowały, niż u starszych. Z ogólnej liczby chorych wypada 74 chorych z zapaleniem opłucnej wysiękowem, z tych 22 przypadków dotyczy chorych z rozpadową gruźlicą płuc, tak, że w tych przypadkach właściwie przebieg samej sprawy zapalnej w opłucnej zależeć musi od przebiegu choroby podstawowej. 3 przypadki tyczyły się chorych z wysiękiem obustronnym. Nadto leczono 25 przypadków suchego zapalenia opłucnej (pleuritis sicca).

Z 74 przypadków zapalenia wysiękowego opłucnej większość, t. j. 45, oddziaływała na podanie soli wapniowych bardzo żywo, ponieważ już w 24 godzinach, a najwyżej w przeciągu 2—8 dni wysięk ulegał wessaniu. W 6 przypadkach nastąpiło wessanie w przeciągu 8—16 dni, liczba zaś dni leczenia u chorych szpitalnych wynosiła w przypadkach korzystnie przebiegających od 4—16 dni. Inne przypadki (12) potrzebowały do zupełnego wessania dłuższego czasu, od 3 — 4 tygodni, w nielicznych przypadkach i 6 tygodni. Wreszcie były takie wysięki (11), których wessanie nawet po 6 tygodniach nie było widoczne. Tyczyło się to albo ciężkich przypadków z rozpadową gruźlicą w okresie trzecim, albo powikłania z odmą piersiową, lub wreszcie gruźlicy opłucnej z wysiękiem (Nr 5., tuberculosis pleurae).

Wpływ na ciepłotę był prawie zawsze wybitny z wyjątkiem tych przypadków, w których było powikłanie z gruźlicą płuc czynną. Ciepłota zwykle obniżała się w przeciągu 24 — 48 godzin o 1° — 2°, często stawała się zaraz po podaniu wapnia zupełnie prawidłową i już więcej się nie podnosiła. Takie zachowanie się ciepłoty było zwykle w przypadkach prostego zapalenia opłucnej, w których niemożna wykazać innych czynnych ognisk gruźliczych w płucach, ani w ustroju.

Wedle moich spostrzeżeń brak spadku ciepłoty przy

stosowaniu wapnia przemawia za tem, że w danym przypadku nie mamy prostego zapalenia opłucnej, lecz że istnieje jakieś powikłanie, które jest przyczyną tego podniesienia ciepłoty, t. j. zwykle czynne ognisko gruźlicze. W miarę podawania wapnia ustępowały inne objawy chorobowe, połączone z zapaleniem, jak duszność, ból, kłucie i t. p. Wybitny był wpływ na stan ogólny chorych i zachowanie się apetytu, a mianowicie chorzy, którzy mieli zupełnie upośledzone łaknienie, po podaniu soli wapniowych zyskiwali wyraźnie apetyt i mogli spożywać pokarmy. Można to tłómaczyć tą właśnie okolicznością, że równocześnie spadała gorączka, która zwykle jest przyczyną upośledzonego łaknienia.

Jeśli z omawianego materyału wyłączymy ciężkie przypadki gruźlicy, to musimy przyznać, że uderzającem jest działanie soli wapniowych w prostych wysiękach opłucnej, bo wessanie odbywa się bardzo szybko i jest widoczne już nieraz po 24 godzinach, a są przypadki, jak Nr 1., gdzie wysięk, zajmujący całą stronę, a więc należący do największych, może ustąpić w ciągu jednego tygodnia. Jeżeli zważymy, że takich przypadków niewątpliwie szybkiego wessania się jest w mym materyale kilkadziesiąt, że badanie kliniczne bardzo ścisłe było potwierdzone promieniami Röntgena, to musimy dojść do przekonania, że wartość lecznicza wapnia jest w tych sprawach znaczna.

Pomimo więc doświadczeń Lewyego na zwierzętach dających wynik ujemny i pomimo zaprzeczania z jego strony skutecznej działalności soli wapniowych, doświadczenia Chiariego i Januschkego na zwierzętach wykazały już wpływ soli wapniowych na wysięki i przesięki, a jako dodatnie mają większą wartość dowodową, moje zaś kliniczne badania, na dużym materyale oparte, dowodzą również skutecznego działania tych soli.

Może jednak ktoś zarzucić, że wysięk prosty czasem sam ustępuje szybko, czasem już po nakłuciu próbnem; lecz są to wyjątkowe przypadki; zwykle leczenie wysięku trwa 4 — 8 tygodni w przypadkach niepowikłanych.

W moich zaś spostrzeżeniach wynik był dodatni prawie zawsze, i to bezpośrednio po podaniu soli wapniowych. W tych zaś przypadkach, gdzie przy wysięku ciepłota jest stale wysoka i nie ustępuje po środkach przeciwgorączkowych, gdzie stan ogólny jest zły, apetytu niema i chory niszczeje, tam jest zawsze obawa, że przy zapaleniu opłucnej może dojść do postępu gruźlicy w płucach, jak w przypadku 2. i 7., i wtedy, jak w tych właśnie przypadkach, podanie soli wapniowych jest leczeniem radykalnem.

W przypadkach gruźlicy posuniętej obustronnej jest pojawienie się wysięku również okolicznością bardzo niekorzystną i pogarszającą rokowanie. W tych więc przypadkach i szybkie leczenie powikłania ma znaczenie, a więc i u takich chorych leczenie solami wapniowemi może być użyte z korzyścią.

W niektórych znów przypadkach zauważyłem powstanie dużych zrostów, które nieraz po roku dały się jeszcze stwierdzić, sądzę jednak, że pomimo krytycznej oceny niemożna tych zrostów przypisać działaniu wapnia. Są to następstwa zapalenia opłucnej, tak często spotykane przy gruźlicy, że nie mam powodu twierdzić, aby wapno w tym kierunku działało ujemnie. Takich przypadków było 18. Stan chorych po wyleczeniu wysięku był zupełnie dobry, nigdy nie zauważyłem powtórzenia się choroby.

Co do suchego zapalenia opłucnej, to trzeba podnieść tę okoliczność, że ustępowało ono zwykle w ciągu 3—7 dni i że nigdy nie widziałem przy podawaniu wapnia przejścia tego suchego zapalenia w wysięk, choć chorzy moi nieraz nie leżeli w łóżku.

Wobec tego twierdzę, że w takich właśnie zapaleniach suchych sole wapniowe działają zapobiegawczo i powstrzymująco na rozwinięcie się wysięku. Te przypadki kontrolowałem szczególnie dokładnie promieniami Röntgena i zawsze stwierdzałem brak wysięku. Sądzę więc, że na takiej liczbie spostrzeżeń i na materyale szpitalnym skuteczność soli wapniowych jest bez wątpliwości udowodniona.

Obok stosowania soli wapniowych w wysiękach czysto surowiczych, miałem sposobność podawania tych soli w dwóch przypadkach wysięku mętnego (mającego skłonność do przejścia w ropienie, Nr. 10.); i tu wynik był dodatni. Przy wysiękach ropnych nie stosowałem wapnia. W 2 przypadkach ropnicy, w których powstało suche zapalenie opłucnej, nie widziałem wpływu dodatniego. Natomiast w przypadkach gośćcowego zapalenia opłucnej widziałem dodatnie wyniki. W 3 przypadkach samorodnej odmy piersiowej, połączonej z surowiczym wysiękiem, nie było wpływu na wessanie wysięku. Wiemy jednak, że te wysięki są bardzo trudne do leczenia (Fr. Müller, Ketly), dają bardzo złe rokowanie; leczą się trudniej, niż ropniaki z odmą opłucną, które wedle Bandeliera i Roepkego nie wykluczają wyleczenia.

W mych spostrzeżeniach są ujęte 3 przypadki nowotworu płuc i opłucnej, gdzie nie było wpływu na wessanie się wysięku.

W 5 przypadkach zapalenia gruźliczego otrzewnej z wysiękiem nie widziałem korzystnego wpływu soli wapniowych na wessanie się płynu. W jednym przypadku zapalenia otrzewnej dopiero po wypuszczeniu płynu przy równoczesnem podawaniu soli wapniowych płyn się wessał do reszty i nie gromadził się na nowo.

Przypadki te nie były badane sekcyjnie, nie można więc wiedzieć, dlaczego nie było wpływu, sądzę jednak, że u tych chorych były zmiany serowate gruźlicze na otrzewnej, gdyż choroba była daleko posunięta.

W sprawach przesiękowych, n. p. przy puchlinie brzusznej w przebiegu wad serca lub przy marskości wątroby, nie widziałem też wyników wyraźnych. W jednym przypadku w przebiegu niewyrównanej wady serca i następowego zastoju w wątrobie, zmian na tle przekrwienia biernego z towarzyszącym płynem przesiękowym w jamie brzusznej, można było spostrzedz łatwiejsze ustępowanie płynu przy równoczesnem podawaniu wapnia i naparstnicy.

Chcąc ocenić znaczenie lecznicze wapnia w wysiękach opłucnej, musimy się zastanowić nad rolą, jaką odgrywać może zapalenie opłucnej w przebiegu gruźlicy płuc. W tej sprawie istnieją różne zapatrywania. Jedni uważają sprawy zapalne opłucnej za korzystną okoliczność w przebiegu gruźlicy płuc (Konzelmann, Kuthy, Gaillard, Ponat, Osler, Loomis, Weismayer) i tłómaczą to działaniem unieruchomiającem wysięku na płuco nacieklé gruźliczo, lub wytworzeniem się przekrwienia biernego w płucu uciśniętem,

a przez to stworzeniem warunków korzystnych dla leczenia się sprawy gruźliczej. Z drugiej strony trzeba jednak podnieść, że zapalenie opłucnej, jako choroba gorączkową i powikłanie gruźlicy, jest uważane przez wielu znawców gruźlicy, jak n. p. Corneta, za objaw niekorzystny. Autor ten przyjmuje tylko chwilowy korzystny wpływ na sprawę gruźliczą w płucach.

I tak n. p. w 62 przypadkach zapalenia opłucnej na tle gruźliczem, ogłoszonych przez Barra, umarło w przeciągu 6 lat 22; Fiedler podaje, że na 92 takich przypadków po 2 latach 28 zmarło, a tylko 22 wyzdrowiało.

W naszych spostrzeżeniach znajdują się przypadki, jak 4. i 7., w których zapalenie opłucnej miało stanowczo zły wpływ na stan ogólny chorego i sprawę gruźliczą, choćby z powodu rozległych zmian zapalnych na opłucnej i wysokiego stanu gorączkowego, sprowadzającego brak apetytu i upadek sił. W takich przypadkach żadną miarą nie można twierdzić, aby zapalenie opłucnej wywierało wpływ korzystny na przebieg choroby pierwotnej.

Dlatego leczenie tych spraw jest bardzo ważne, nietylko ze względu na usuwanie samego płynu, lecz także ze względu na przebieg samej gruźlicy płuc.

Co do sposobu usuwania wysięku zapomocą nakłucia, to wiemy z doświadczenia klinicznego, że niezawsze wiedzie ono do celu, że często po wypuszczeniu płyn nanowo się zbiera, a zdarzają się przypadki, że po nagłem wypuszczeniu płynu wskutek nagłego rozszerzania się płuca, przerwania zrostów i błon, dochodzi czasem do rozwinięcia się gruźlicy prosówkowej (Litten). Przez wypuszczenie płynu tracimy również szereg ciał uodporniających, zawartych w wysięku.

Wprawdzie nie wszyscy autorowie przyjmują większą zawartość ciał uodporniających w wysiękach, jednakże nie ma powodu do lekceważenia ich wpływu, a w moich spostrzeżeniach można wykazać takie przyrosty ciężaru chorych po ustąpieniu wysięku, że naprowadzają one na myśl, iż może obok działania soli wapniowych i wessanie się ciał uodporniających (z płynem wysiękowym) może mieć wpływ na polepszenie się stanu ogólnego i choroby podstawowej, t. j. gruźlicy.

Z leków, stosowanych przy leczeniu wysięku, należy wspomnieć dla porównania o środkach moczopędnych, napotnych i przyspieszających wessanie (jak n. p. przetwory teobrominy, salicylu i jodu). Powszechnie wiadomo, że środki te zawodzą i że przy stosowaniu ich czekamy zwykle na powolne wessanie się wysięku.

Jeżeli zaś porównamy działanie soli wapniowych z powyższymi środkami, to musimy im przyznać wyższość nad środkami moczopędnymi, napotnymi lub jodem. Działanie ich jest natychmiastowe i trwałe. Działanie soli wapniowych tłómaczymy sobie w myśl teoryi Herbsta działaniem uszczelniającem na ściany naczyń zapalnie zmienionych.

Z tego działania soli wapniowych, w wielu przypadkach nadzwyczaj szybkiego, trzeba przypuszczać, że w naczyniach zapalnie zmienionych w błonach surowiczych, musi być brak soli wapniowych i że ten brak może być czynnikiem usposabiającym do spraw wysiękowych u ludzi gruźliczych. Przypuszczenie to popierają wspomniane wyżej prace Voorhoevea.

Przy zalecaniu soli wapniowych przeciw sprawom zapalnym powinienem wspomnieć o jednem jeszcze działaniu, t. j. o działaniu na krzepliwość krwi. Sprawa ta nie jest jeszcze rozstrzygnięta i badania nasze nie są jeszcze ukończone. Tu jednak już zwrócić muszę uwagę, że w przypadku 5. wytworzył się skrzep w tętnicy płucnej, który był przyczyną śmierci chorego. Ponieważ jeszcze w jednym przypadku u osoby młodej podczas stanu gorączkowego widziałem powstanie zakrzepu w żyle odpiszczelowej (v. saphena) podczas podawania soli wapniowych, przeto nie należy podawać tych soli u osób bardzo ciężko schorzałych, leżących w łóżku, osłabionych, gdyż można ułatwić w takich warunkach wytworzenie się skrzepów w naczyniach żylnych. Byłoby to jedyne ujemne działanie soli wapniowych i bardzo rzadko dające się spostrzegać.

Na podstawie tych klinicznych spostrzeżeń dochodzę do następujących wniosków:

1. Sole wapniowe wywierają wybitny wpływ na zmiany naczyniowe w sprawach zapalnych, szczególnie wysiękowych na tle gruźliczem i na wessanie się płynu.

2. Przy zapaleniu opłucnej suchem są sole wapniowe środkiem zapobiegawczym przeciw tworzeniu się wysięków.

3. Działanie ich obok tego objawia się też spadkiem gorączki i poprawą stanu ogólnego.

4. Wpływając na szybkie wessanie się wysięku, skracają sole wapniowe czas leczenia.

5. Nie działają w sprawach przesiękowych

6. Nie działają przy sprawach zapalnych wysiękowych, połączonych z naciekami gruźliczymi opłucnej lub otrzewnej.

7. Nie należy ich stosować u osób bardzo osłabionych, wyniszczonych i długo leżących w łóżku, z powodu obawy łatwiejszego wytworzenia się zakrzepów.

Piśmiennictwo. 1) Freund, Zeitschr. f. Immunitätsforsch. u. exp. Ther. 1912 Bd. XIII. S. 213. — 2) Magnus-Lewy, Der Mineralstoffwechsel, Verhandl. d. Kongr. f. i. Med. 1909, S. 26. — 3) R. Emmerich, O. Loew, Über die Wirkung der Kalksalze bei Gesunden und Kranken. München 1913. — 4) Hamburger, Bioch. Zeitschr. Bd. 26, 1910. S. 66. — 5) N. Voorhoeve, Zur Lehre des Kalkstoffwechsels. D. Arch. f. k. Med. Bd. 110. S. 231. u. 461. — 6) Blühdorn, Berliner kl. Woch. 1913. S. 16. — 7) Hassan-Dschalalian, Über rationelle Kalkmedikation. In-Diss. München 1913. — 8) Lewy, Berl. klin. Woch. 1911. S. 1322. — 9) Fleischer-Hoyt, Centr. f. Physiologie 1908. Bd. 22. S. 496. — 10) R. v. d. Velden, Zur Pharmakotherapie mit anorganischen Kalksalzen. Terapeut. Monatschrift 1913. J. XXVII. S. 685. — 11) R. Chiari u. H. Januschke, Hemmung von Transsudat- und Exsudatbildung durch Kalziumsalze. Arch. f. exp. Pathol. u. Pharmak. 1913. S. 120. — 12) Cammas, Societé de therapeutique 1908. — 13) Gaube, Soc. de biologie, T. 46. 1894. — 14) Robin, Arch. gén. 1894, 1895. — 15) Robin, Bullet. med. 1907, Bullet. de thér. 1909. — 16) Ferrier, Bullet. de la Soc. d. biolog. 1910. — 17) Bordet, Bullet. de thér. 1909. — 18) Levison, Journ. of the Americ. Med. Assoc. vol. 54, N. 8. p. 613. 1910. — 19) Burns Selkirk, Brit. med. Journ. Nr 2 1908. — 20) Fisac, Revue de hyg. et de tuberc. 1909. — 21) Brocci, Klin. med. 1905. — 22) Sanozrat, La tuberculose dans le pratique 1910. — 23) Weigert u. Steinitz, Monatschr. f. Kinderh. T. 4. 1905. — 24) Schmidt C. W., Deut. Arch. f. kl. Med. T. 2. S. 89. — 25) Kindborg, Berl. klin. Woch. Nr 40. 1911, — 26) Wegelin, Korresp.-Bl. f. Schweiz. Ärzte 1919. — 27) Ott, Zeitschr. f. klin. Med. T. 50. 1903. — 28) Ott, Deut. Arch. f. klin. Med. T. 70, 1901. — 29) v. Noorden, Lehrbuch der Pathologie des Stoffwechsels. Berl. 1903. — 30) Mayer, Deut. Arch. f. kl. Med. T. 90. S. 408. — 31) Moraczewski, Zeitschr. f. kl. Med. T. 33. S. 1897. — 32) Biernacki, Zentralbl. f. Stoffwechs. Nr.

12 u. 13. 1909. — 33) Ruthewitsch, Arch. d. ges. Physiol. Bd. 129 S. 487. 1910. — 34) Loeb J. Pflüg. Arch. T. 80. — 35) Howell, Americ. Journ. of Physiol 6. l. 199. 1901. — 36) Martin, Americ. Journ. of Physiol. 30, S. 182, 1912. — 37) Benedict, Americ. Journ. of Physiol. 13. S. 192. 1905. — 38) Benedict, Amer. Journ. of Physiol. 21. S. 16, 1908. — 39) W. Arnoldi u. G. Brückner, Zeitschr. f. kl. Med. Bd. 79, S. 300, 1914. — 40) Stöltzner, Jahrb. f. Kinderh., 63, S. 661, 1906. — 41) Bogen, Monatschr, Kinderh., 6, Nr 5, 1907. — 42) Schabad J. A., Monatschr. Kinderh. 9. H., 1, 1910. — 43) Netter A., Revue névr. d. mal. d'enfants, p. 197, 1907. — 44) Neurath R., Zeitschr. f. Kinderh., p. 1, 1910. — 45) Berkeley und Beebe, Journ. med. res.. 20, 2, Febr. 1909. — 47) Ott I., Philad. 1909. — 47) Quest Robert, Wien. kl. Woch. 1906. — 48) Quest R., Monatschr. f. Kinderh., 9, p. 7, 1910. — 49) Leopold I. S. u. Reuss v. A., Wien. kl. Wochenschr. 1908. — 50) Curschmann, Münch. m. Woch. Nr 6, 1914. — 51) Erdheim J., Frankf. Z. f. Path.. 7, p. 175, 1911. — 52) Erdheim J., Frankf. Z. f. Path., p. 238, 1911.— 53) Falta; Bertelli, Bolaffio, Tedesko u. Rudinger. Verh. d. Kongr. f. i. Med. 1909, p. 138. — 54) Mac Mallum W. G. and Voegtlin C., Bull. of the John Hopk. Hosp., 19, p. 91, 1908. — 55) Mac Callum W. G. and Voegtlin, Proc. Soc. exper. Biol. Med. Vol. 5, p. 84, 1909. — 56) Baset K., Monatschr. f. Kinderh, 7, 9. 1908.— 57) Friedleben A., Die Physiologie der Thymusdrüse in Gesundheit u. Krankheit vom Standpunkte experimenteller Forschung u. klinischer Erfahrung. Frankf. a. M. 1858. — 58) Klose H. u. Vogt H., Beitr. klin. Chir., 69, p. 1. 1910.

O reinjekcyi surowicy przeciwbłoniczej.

(Dalszy przyczynek na zasadzie spostrzeżeń z praktyki własnej. Odczyt zgłoszony na II Zjazd lekarzy prowincyonalnych Król. Polsk. w Lublinie i na Zjazd higienistów polskich we Lwowie).

Podał

Dr Wincenty Puławski (Radziejów, gub. Warszawska).

(Dokończenie).

Wszystkich więc przypadków reinjekcyi osobiście przez lat dziewiętnaście spostrzegałem — 68; co do liczby okresów leczniczych, jakim one podlegały i co do liczby dokonanych wstrzyknięć grupują się one, jak następuje:

Grupa I. Należy tu 10 przypadków, leczonych czterokrotnie surowicą, t. j. każdy z tych przypadków prócz leczenia pierwotnego podlegał trzykrotnej reinjekcyi w różnych odstępach czasu. Dwa z nich leczono tylko surowicą przeciwbłoniczą z powodu błonicy gardła i krtani, występujących oddzielnie, lub jednocześnie. Jeden chory po trzykrotnych okresach błonicy, które przebył w odstępach czasu sześcioletnim i czteroletnim, zapadł po upływie dwóch lat na płonicę, powikłaną rozlanem błonicowatem zapaleniem gardła, a zatem był w czwartym okresie leczniczym reinjekowany dwiema surowicami jednocześnie: przeciwpaciorkowcową przeciwpłoniczą w ilości 30 cm sześć., i przeciwbłoniczą w ilości 1000 jedn. ochron. w objętości 5 cm sześć. Surowice te otrzymał podskórnie w jednej dawce; pochodziły one z pracowni prof. Bujwida w Krakowie i dały dość słaby odczyn posurowiczy w postaci pokrzywki umiarkowanej na 10. do 12. dnia po wstrzyknięciu. Pozostałe siedem przypadków w swych ostatnich okresach leczniczych, czwartych z kolei, a zatem w trzecich reinjekcyach, leczono z powodu objawów płonicy, bez powikłań ze strony gardła, tylko surowicą przeciwpaciorkowcową przeciwpłoniczą (prof. Bujwida) w ilościach 20 do 30 cm. sześć. Trzy z nich dały objawy odczynu posurowiczego w postaci nader łagodnej pokrzywki w czasie między 7. a 10. dniem po wstrzyknięciu, przy rozmaitem zachowaniu się po reinjekcyach uprzednich i wstrzyknięciach pierwotnych, o czem poniżej:

Co do szczegółów, dotyczących spostrzeżeń tej grupy, to były one następujące:

1) Co do płci: chłopców 7, dziewcząt 3.

2) Co do wieku przy wstrzyknięciu pierwotnem, t. j. przy pierwszym okresie leczniczym:

0—1 roku	3	2—3 lat	1
1—2 lat	2	3—4 »	4

3) Co do ilości wstrzyknięć dawkowych: W 10 pierwotnych injekcyach dokonano 11 wstrzyknięć dawkowych; pozostałe 30 reinjekcyi leczono zapomocą 31 pojedynczych wstrzyknięć dawkowych. Razem 40 etapów leczniczych, dokonanych zapomocą 42 wstrzyknięć.

4) Co do odstępów czasu, w jakich dokonywano reinjekcyi: Trzydzieści reinjekcyi dokonano w następujących odstępach czasu:

po upływie roku	1
» » 2 lat	10
» » 3 »	4
» » 4 »	11
» » 5 »	2
» » 6 »	2

5) Co do odczynu posurowiczego wysypkowego:

po wstrzyknięciu pierwotnem wystąpił	5 razy
» reinjekcyi pierwszej »	5 »
» » drugiej »	4 »
» » trzeciej »	5 »
Razem po 40 okresach leczniczych	19 razy
w tem po 30 reinjekcyach	14 »

W czterokrotnych leczeniach surowicy odczyn ten zjawił się:

Jednorazowo w 4 przypadkach
dwukrotnie » 3 »
trzykrotnie » 3 »
czterokrotnie ani razu.

6) Co do objętości wstrzykniętej surowicy, to była ona bardzo różna, a mianowicie od 8 cm sześć. do 35 cm sześć. Dzień choroby, w którym surowicę wstrzyknięto, wahał się między pierwszym a ósmym.

Grupa II. Należy tu 31 przypadków, leczonych surowicą trzykrotnie, a zatem w każdym przypadku oprócz wstrzyknięcia pierwotnego zostały dokonane dwie reinjekcye. Dwadzieścia przypadków leczono we wszystkich trzech etapach leczniczych tylko surowicą przeciwbłoniczą z powodu błonicy gardła i krtani, występującej samodzielnie lub jednocześnie. Pięcioro chorych po dwóch etapach błoniczych, zapadło w trzecim na płonicę, powikłaną przez błonicowate zmiany (dyfteroid) gardła, dlatego też po dwóch uprzednich leczeniach tylko surowicą przeciwbłoniczą, przy trzeciem zachorzeniu leczone były metodą skombinowaną, t. j. przez zastosowanie dwóch gatunków surowic jednocześnie: przeciwpaciorkowcowej przeciwpłoniczej (Bujwida) i przeciwbłoniczej (Bujwida i Palmirskiego) w różnych ilościach i dawkach. Pozostałych 6 chorych nakoniec, po dwukrotnem przebyciu błonicy gardła i krtani, zapadło na pło-

nicę bez powikłań ze strony gardła; dlatego też, po przebyciu dwóch okresów leczniczych surowicą przeciwbłoniczą, w trzeciem zachorzeniu były leczone tylko surowicą przeciwpaciorkowcową przeciwpłoniczą (Bujwida) w ilościach po 20 cm sześć. na jedną dawkę.

Szczegóły, dotyczące tej grupy, są następujące:

1) Co do płci: chłopców 24, dziewcząt 7.

2) Co do wieku przy wstrzyknięciu pierwotnem, czyli przy pierwszym etapie leczniczym:

od 0—1 roku	5	od 5—6 lat	1
» 1—2 lat	9	» 6—7 »	3
» 2—3 »	6	» 7—8 »	1
» 3—4 »	2	» 8—9 »	1
» 4—5 »	3		

3) Co do ilości pojedyńczych wstrzyknięć dawkowych: W 31 injekcyach pierwotnych dokonano 36 wstrzyknięć dawkowych, a w 62 reinjekcyach — 71; razem w 93 pojedynczych okresach leczniczych zastosowano 107 oddzielnych wstrzyknięć dawkowych.

4) Co do odstępów czasu, w jakich dokonane zostały reinjekcye: 62 reinjekcyi dokonano w następujących odstępach czasu:

po upływie	roku	4
» »	2 lat	16
» »	3 »	13
» »	4 »	13
» »	5 »	11
» »	6 »	2
» »	7 »	1
» »	8 »	1
» »	10 »	1

5) Co do odczynu posurowiczego wysypkowego:

po wstrzyknięciu pierwotnem wystąpił	18	razy
» reinjekcyi pierwszej »	7	»
» » drugiej »	14	»
Razem po 93 okresach leczniczych »	39	razy
w tem po 62 reinjekcyach »	21	»

W trzykrotnych leczeniach surowicą odczyn ten zjawił się:

Jednorazowo w 10 przypadkach
dwukrotnie » 10 »
trzykrotnie » 3 »
Nie było go ani razu 8 razy.

6) Co do objętości wstrzykniętej surowicy w każdym pojedynczym okresie leczniczym, to była ona różna i wynosiła od 6,8 do 40 cm sześć. Dzień choroby, w którym surowicę wstrzyknięto, wahał się między pierwszym a ósmym.

Grupa III. Należy tu 27 przypadków, leczonych surowicą dwukrotnie, czyli każdy pojedynczy przypadek oprócz wstrzyknięcia pierwotnego podlegał jednej reinjekcyi. Wśród nich jeden chłopiec, $1^1/_2$ roku liczący, po błonicy gardła i krtani, wyleczonej surowicą swoistą w ilości 2000 jedn. ochron. objętości 16 cm sześć. w jednej dawce, przy objawach umiarkowanej pokrzywki od 7. do 9. dnia po wstrzyknięciu, w rok potem zapadł na płonicę, powikłaną przez rozlany dyfteroid gardła. Zastosowano 20 cm sześć. surowicy przeciwpaciorkowcowej przeciwpłoniczej Bujwida i 1000 jedn. ochron. w objętości 8 cm sześć. surowicy przeciwbłoniczej Palmirskiego. Wstrzyknięcia dokonano w 2 dawkach z następczą pokrzywką, dosyć obfitą, między 6. a 8. dniem po wstrzyknięciu. Pozostałe 26 przypadków leczono tylko surowicą przeciwbłoniczą.

Szczegóły, dotyczące tej grupy, są następujące:

1) Co do płci: chłopców — 18, dziewcząt 9.

2) Co do wieku przy wstrzyknięciu pierwotnem:

od 0—1 roku	7	od 3—4 lat	1
» 1—2 lat	8	» 5—6 »	3
» 2—3 »	6	» 8—6 »	2

3) Co do ilości pojedynczych wstrzyknięć dawkowych: W 27 wstrzyknięciach pierwotnych dokonano 32 pojedynczych wstrzyknięć dawkowych, a w 27 reinjekcyach — 34; razem w 54 pojedynczych okresach leczniczych zastosowano 66 oddzielnych wstrzyknięć dawkowych.

4) Co do odstępów czasu, w jakich dokonane zostały reinjekcye:

po upływie	11 miesięcy	1
» »	roku	5
» »	2 lat	4
» »	3 »	6
» »	4 »	3
» »	5 »	2
» »	6 »	3
» »	8 »	2
» »	12 »	1

5) Co do odczynu posurowiczego wysypkowego.

Po wstrzyknięciach pierwotnych wystąpił	14	razy
» reinjekcyach wystąpił	15	»
Razem po 54 okresach leczniczych	29	razy

Przy dwukrotnem leczeniu w każdym pojedynczym przypadku odczyn posurowiczy:

1) nie zjawił się wcale	w 6 przyp.
2) zjawił się tylko po wstrzyknięciu pierwotnem	» 6 »
3) » » » » reinjekcyi	» 7 »
4) » » w obu razach	» 8 »

6) Objętość surowicy, wstrzykniętej w pojedynczym przypadku, wynosiła od 6 do 40 cm sześć. Dzień jej wstrzyknięcia wahał się między pierwszym a ósmym dniem choroby.

Zbierając wszystkie trzy grupy, otrzymamy dane następujące:

1) W 68 spostrzeganych przypadkach dokonano 68 injekcyi pierwotnych zapomocą 79 wstrzyknięć oraz 119 reinjekcyi zapomocą 136 wstrzyknięć, czyli razem 187 okresów leczniczych przy 215 wstrzyknięciach.

2) Płeć: chłopców 49, dziewcząt 19.

3) Wiek przy wstrzyknięciu pierwotnem:

0—1 roku	15	od 5—6 lat	4
1—2 lat	19	» 6—7 »	3
2—3 »	13	» 7—8 »	1
3—4 »	7	» 8—9 »	3
4—5 »	3		

4) 119 reinjekcyi dokonano w następujących odstępach czasu:

po upływie	11 miesięcy	1
» »	roku	10
» »	2 lat	30
» »	3 »	23
» »	4 »	27
» »	5 »	15

po upływie	6 lat	7
» »	7 »	1
» »	8 »	3
» »	10 »	1
» »	12 »	1

5) Co do odczynu posurowiczego wysypkowego:

Po 68 wstrzyknięciach pierwotnych wystąpił	37	razy	(54%)
» 68 reinjekcyach I. »	27	»	(41%)
» 41 » II. »	18	»	(44%)
» 10 » III. »	5	»	(50%)
» 187 okresach leczniczych »	87	»	(46%)
» 119 reinjekcyach »	50	»	(42%)

W 68 przypadkach, wielokrotnie leczonych surowicą, odczyn posurowiczy wysypkowy:

nie zjawił się ani razu w 14 przypadkach
zjawił się jednorazowo » 27 »
» » dwukrotnie » 21 »
» » trzykrotnie » 6 »

Dla łatwiejszej oryentacyi, wszystkie wyszczególnione tu dane zestawiam w tablicy II.

Wszystkie spostrzegane przypadki reinjekcyi zestawiłem poprzednio w tablicach według chronologii, a mianowicie: pierwsze 54 przypadków w Przeglądzie lekarskim 1910 Nr 41—43; następne sześć przypadków w Przegl. lek. 1911 Nr 31—32 (odczyt łódzki), a w odczycie obecnym (patrz tablica I) ostatnie osiem przypadków. Z tablic tych widać, że w 34 przypadkach (50%) ostatnie reinjekcye nie dały wcale żadnych objawów posurowiczych przy różnorodnem zachowaniu się po reinjekcyach lub injekcyach pierwotnych uprzednich.

Prócz tego, pod względem jakości wstrzykiwanej surowicy, mogą one być podzielone na trzy odrębne grupy, mianowicie:

I. Siedem przypadków podczas ostatniej reinjekcyi leczono skombinowaną metodą leczniczą dwiema surowicami jednocześnie: przeciwpaciorkowcową przeciwpłoniczą Bujwida z powodu objawów płonicy i przeciwbłoniczą Palmirskiego, a częściowo i Bujwida z powodu jednoczesnych objawów rozległego błoniczego zapalenia gardła (angina diphtheroides), mianowicie w sposób następujący:

Po jednokrotnem leczeniu przeciwbłoniczem	1	przyp.
» dwukrotnem » »	5	»
» trzykrotnem » »	1	»

Tę kategoryę przypadków, niezmiernie ciekawych pod względem klinicznym, zestawiłem w głównych szczegółach w odczycie poprzednim (patrz wyżej l. cit.).

II. Trzynaście przypadków było podczas ostatniej reinjekcyi leczonych surowicą przeciwpaciorkowcową przeciwpłoniczą Bujwida z powodu objawów płonicy bez wydatniejszych powikłań ze strony gardła, mianowicie:

Po dwukrotnem leczeniu przeciwbłoniczem	6	przyp.
» trzykrotnem » »	7	»

III. Pozostałe 48 przypadków we wszystkich okresach leczniczych leczono jedynie surowicą przeciwbłoniczą. Wśród nich było:

dwukrotnie leczonych	26	przypadków
trzykrotnie »	20	»
czterokrotnie »	2	przypadki.

Tablica II.

	Grupa	I.	II.	III.	Suma	%
Dane ogólne	Ile razy każdy przypadek leczono surowicą	4	3	2	—	
	Ilość przypadków spostrzeganych	10	31	27	68	
	Chłopców	7	24	18	49	72
	Dziewcząt	3	7	9	19	28
	Ilość pojedynczych okresów leczniczych	40	93	54	187	
	Ilość pojedynczych wstrzyknięć dawkowych	42	107	66	215	46
	Ile razy wystąpił odczyn posurowiczy	19	39	29	87	
	Dto w %	47	42	54	46	
Wstrzyknięcia pierwotne	Ilość ogólna	10	31	27	68	
	Ilość pojedynczych wstrzyknięć dawkowych	11	36	32	79	54
	Ile razy wystąpił odczyn posurowiczy	5	18	14	37	
	Dto w %	50	58	52	54	
Reinjekcye	Ilość reinjekcyi w każdym pojedynczym przypadku	3	2	1	—	
	Ilość ogólna wszystkich dokonanych reinjekcyi	30	62	27	119	
	Ilość ogólna pojedynczych wstrzyknięć dawkowych	31	71	34	136	42
	Ile razy wystąpił odczyn posurowiczy	14	21	15	50	
	Dto w %	47	34	55	42	
Odczyn posurowiczy (szczegółowo)	Ilość dokonanych wstrzyknięć pierwotnych	10	31	27	68	54
	Ile razy wystąpił odczyn posurowiczy	5	18	14	37	
	Dto w %	50	58	52	54	
	Ilość dokonanych reinjekcyi I.	10	31	27	68	41
	Ile razy wystąpił odczyn posurowiczy	5	7	15	27	
	Dto w %	50	22	55	41	
	Ilość dokonanych reinjekcyi II.	10	31	—	41	44
	Ile razy wystąpił odczyn posurowiczy	4	14	—	18	
	Dto w %	40	45	—	44	
	Ilość dokonanych reinjekcyi III.	10	—	—	10	50
	Ile razy wystąpił odczyn posurowiczy	5	—	—	5	
	Dto w %	50	—	—	50	
	Ilość ogólna wszystkich dokonanych reinjekcyi	30	62	27	119	42
	Ile razy wystąpił odczyn posurowiczy	40	21	15	50	

Najkrótszy przeciąg czasu między dwiema po sobie następującemi reinjekcyami lub reinjekcyą a wstrzyknięciem pierwotnem wynosił 11 miesięcy, najdłuższy $12^1/_2$ lat. Jeszcze raz tu wspomnę, że reinjekcyą nazywam wstrzyknię-

cie, dokonane w odstępie nie mniejszym nad osiem tygodni po ostatniem wstrzyknięciu poprzedniem. Wstrzyknięcia, dokonane powtórnie w ciągu pierwszej doby lub w dniach następnych aż do upływu ośmiu tygodni, uważam za dodatkowe, pomocnicze, dotyczące jednego i tego samego zakażenia. Perturbacye biochemiczne, zachodzące we krwi z chwilą wprowadzenia w nią surowicy przeciwbłoniczej, również dopiero po ośmiu tygodniach najwcześniej dochodzą do równowagi biologicznej, na co wskazuje stan odporności biernej, trwający od 3 do 8 tygodni, biorąc średnio po zapobiegawczych wstrzyknięciach surowicy przeciwbłoniczej.

Przed wysnuciem ostatecznych wniosków pozostaje mi już tylko wymienić dane liczbowe ogólne z mej osobistej praktyki przeciwbłoniczej, aby uwydatnić tło, na którem spostrzegałem opisane reinjekcye.

A więc co się tyczy ostatnich trzech lat (1911—1912—1913) oraz pięciu miesięcy roku bieżącego, to w czasie tym przypadków błonicy, leczonej surowicą, było — 108, w tem dwa śmiertelne, czyli około 2% liczby ogólnej. Przypadków z powikłaniami krtaniowemi było 67, czyli 62% ogólnej liczby; dały one zatem 3% śmiertelności. Ponieważ w czasie tym spostrzegałem 10 przypadków reinjekcyi, gdyż 59. i 60. przypadek kolejny zdarzyły się w pierwszej połowie 1911 i weszły w opis w odczycie łódzkim, więc stanowiły one 9% ogólnej liczby przypadków.

Dane liczbowe, dotyczące objawów posurowiczych wysypkowych (Serumexanthem) za tensam czas, przedstawiają się, jak następuje: Na 106 spostrzeganych przypadków (po wyłączeniu śmiertelnych) wysypka zjawiła się w 28 przypadkach, czyli w 26% przypadków. Wśród nich 11 przypadków z zastosowaniem surowicy w ilości 1000 jedn. ochron. nie dało żadnych objawów posurowiczych; pozostałych 95 zatem dało 29% wysypek posurowiczych. Najwcześniejsza wysypka zjawiła się czwartego, najpóźniejsza czternastego dnia; zwykle około ósmego dnia. Wysypka trwała od jednego do czterech dni, najczęściej dwa dni. Co do rodzaju wysypki, to pokrzywka zjawiła się w 18 przypadkach, rumień (rash) — w 4 przypadkach, nakoniec wielopostaciowa wysypka mieszana wystąpiła w 6 przypadkach. Wśród 10 przypadków reinjekcyi w sześciu nie było zupełnie żadnych objawów posurowiczych po ostatnim okresie leczniczym, przy różnorodnem zachowaniu się po uprzednich reinjekcyach lub wstrzyknięciach pierwotnych.

Następnie, co się tyczy całego okresu lat dziewiętnastu (od 1. VII. 1895 do 31. V. 1914), to w czasie tym u dzieci do lat 14 spostrzegałem ogółem 851 przypadków błonicy, leczonej surowicą swoistą. Wśród nich było 49 przypadków śmiertelnych, co stanowi 5·7% ogólnej liczby. Przypadków z powikłaniami krtaniowemi było w tym okresie 470, czyli 55% ogólnej liczby, dały one zatem 10·4% śmiertelności. 68 przypadków reinjekcyi stanowiło więc około 8% ogólnej liczby przypadków spostrzeganych.

Co do objawów posurowiczych za cały ten okres, to po wyłączeniu 49 przypadków śmiertelnych z pozostałych 802 były objawy wysypkowe w 325, czyli w 40% ogólnej liczby. Ponieważ 353 przypadków z zastosowaniem w nich 1000 jedn. ochr. w objętości od 3·6 do 10 cm. sześc. dało tylko 12 razy wysypki posurowicze, czyli 3·4%, zatem pozostałych 449 przypadków z zastosowaniem surowicy powyżej 1000 jedn. ochr. dało powikłania wysypkowe 313 razy, czyli w 69% przypadków. Widzimy, że w ostatnich trzech latach odsetek ten wyniosł zaledwie 29%, czyli jest $2^1/_2$ razy mniejszy, co przypisałbym większej wartościowości wyrabianych surowic, dających w mniejszych znacznie objętościach większą ilość jednostek ochronnych.

Co do dnia występowania wysypki po wstrzyknięciach, to najwcześniej zjawiała się ona już na drugi dzień po wstrzyknięciu, lecz tylko w bardzo niewielkiej liczbie przypadków, i to wówczas, gdy miała być bardzo słabą. Nie wyłączało to nieraz zjawiania się pokrzywki, również nader umiarkowanej, w czasie właściwym około 7. do 10. dnia po wstrzyknięciu (odczyn podwójny). Najczęściej wysypka zjawiała się około ósmego dnia, a bardzo rzadko około 14. lub 16 dnia po wstrzyknięciu, a wówczas zwykle w postaci nader umiarkowanej. Rodzaj wysypki posurowiczej był trojaki, mianowicie: 1) tylko pokrzywka — w 204 przypadkach na 325 ogólnej liczby wysypek, czyli w 63%; 2) tylko rumień (rash) — w 74 przypadkach, czyli 23%; 3) na koniec wielopostaciowa, mieszana, w 47 przypadkach, czyli w 14% ogólnej liczby przypadków odczynu posurowiczego.

Powyższe dane liczbowe, zebrane z ubiegłych lat dziewiętnastu mej osobistej praktyki lekarskiej, małomiasteczkowej i wiejskiej, nie są bardzo duże. Corocznie jednak ogłaszam je systematycznie w tem przeświadczeniu, że każda grupa spostrzeżeń nie może być dla sprawy seroterapii zbędną, o ile tylko opiera się na odpowiednich kryteryach. Otrzymane dotąd przezemnie wyniki streszczam, jak następuje:

1) Na 851 przypadków błonicy, leczonej surowicą swoistą, zmarło 49, czyli 5·7% ogólnej liczby; na 112 przypadków płonicy, leczonej surowicą przeciwpaciorkowcową przeciwpłoniczą, zmarło 15, czyli 13% ogólnej liczby. Żaden z tych 64 przypadków śmiertelnych nie był przedtem leczony żadną surowicą leczniczą wogóle, czyli żaden z 68 przypadków reinjekcyi nie zakończył się śmiertelnie. Uważałbym to za przypadkowy zbieg okoliczności, niemożliwe jest bowiem, aby bezwarunkowo wszystkie podlegające reinjekcyom przypadki były wyleczone. Mogą zdarzyć się wśród nich śmiertelne dla tych samych powodów, dla których i pierwotnie leczeni surowicą nie mogą być wszyscy uratowani, jak n. p. zbyt późne zwrócenie się o pomoc lekarską w przypadkach zaniedbanych, zbyt małe ilości zastosowanej surowicy w stosunku do siły zakażenia w danym przypadku, nakoniec indywidualne własności ustroju, który nie zdoła uporać się zwycięzko z zakażeniem pomimo pomocy, jaką mu daje w tym względzie wstrzyknięta surowica.

2) W spostrzeganych 68 przypadkach, leczonych 187 razy zapomocą 215 wstrzyknięć surowicy, przyczem było 68 wstrzyknięć pierwotnych i 119 reinjekcyi, ani razu nie widziałem żadnych swoistych objawów nadwrażliwości wogóle, ani w szczególności objawów wstrząsu anafilaktycznego.

3) Tosamo powiedzieć mogę i co do tych powtórnych wstrzykiwań dodatkowych, pomocniczych, których dokonałem w 963 przypadkach w jednym okresie choro-

bowym w przerwach kilkodniowych lub kilkotygodniowych; wstrzykiwań tych za właściwe reinjekcye w ścisłem tego słowa znaczeniu uważać nie należy.

4) Jedyne objawy posurowicze polegały na występowaniu wysypek z całym zbiorem typowych zjawisk odczynu posurowiczego. Wysypki te co do czasu występowania po wstrzyknięciach, co do długości trwania, co do objawów współtowarzyszących, jak n. p. bóle mięśniowe lub okołostawowe, co do jakości, rodzaju i innych właściwości, niczem zgoła nie różniły się od tych, jakie zwykły występować po wstrzykiwaniach pierwotnych. Przytem natężenie objawów po większej części zależy raczej od objętości wstrzykniętej surowicy, a nie od wielokrotności wstrzykiwań.

5) Odczynu posurowiczego natychmiastowego lub przyspieszonego we właściwem słów tych znaczeniu (sofortige und beschleunigte Reaktion według Pirqueta) nie spostrzegałem dotąd ani razu.

6) Miejscowo, w miejscu wstrzyknięcia, nie spostrzegałem dotąd również po reinjekcyach żadnego swoistego odczynu.

7) Sam przebieg choroby i zdrowienie po reinjekcyach, o ile mi się osobiście zdaje, następowały lżej i prędzej.

II.

Wiadomo powszechnie, że każde białko obce gatunkowo, czyli heterologiczne, t. j. pochodzące z surowicy zwierzęcia innego gatunku, wprowadzone do ustroju w postaci płynnej surowicy dożylnie, śródmięśniowo lub podskórnie, t. j. parenteralnie, czyli z pominięciem przewodu pokarmowego, działa na ustrój podobnie jak toksyny i bakterye, wywołując tworzenie się niweczników, zbliżonych naturą chemiczną do fermentów białkowych. Gdy po kilku dniach nagromadzenie się tych niweczników dojdzie do maksymalnego napięcia, resztki białka heterologicznego jako antygenu, wprowadzonego do krwi wraz z surowicą, zaczynają się rozkładać pod wpływem tych fermentów, wytwarzając z siebie przytem przejściowe produkty rozkładu białka, dla ustroju mniej lub więcej trujące, zależnie od rodzaju wstrzykniętej surowicy. Tak n. p. surowice przeciwjadowe (antytoksyczne) w rodzaju przeciwbłoniczej, przeciwtężcowej i t. p., dają przejściowe produkty rozkładu swego białka o wiele mniej trujące, niż surowice i środki t. zw. bakteryobójcze (jak przeciwdurowa, przeciwcholeryczna, przeciwdżumowa, różne tuberkuliny i t. p.), które zwykle w sobie zawierają lub zawierać mogą: 1) bakterye same przez się; 2) produkty ich życia czyli toksyny lub egzotoksyny; 3) strzępy, ułamki i resztki ciał zamarłych bakteryi, czyli t. zw. endotoksyny (Leiberbakteriennachresten); 4) substancye białkowate bakteryobójcze. Trujące działanie tych przejściowych produktów rozkładu polega na podrażnieniu ośrodków naczynioruchowych i przejawia się na zewnątrz całym szeregiem objawów chorobowych, jak: wykwity skórne, bóle w mięśniach, stawach, zmiany tętna i oddechu, wahania ciepłoty, uczucie duszności, swędzenie skóry, niekiedy obrzęki gruczołów chłonnych i t. p. Objawy te, zależne od stopnia wrażliwości sfery naczynioruchowej danego ustroju i od ilości wprowadzonej surowicy, występują słabiej lub silniej i znane są pod ogólną nazwą zbiorową: choroby posurowiczej lub odczynu posurowiczego. Trwają one różnie: od kilku lub kilkunastu godzin do kilku dni, jeżeli występują z przerwami, a następnie znikają bez śladu, jeżeli tylko surowica wstrzyknięta odpowiadała warunkom następującym: 1) nie zawierała żadnych pierwiastków białkowych, powyżej wymienionych, właściwych składowi surowic bakteryobójczych; 2) była dobrze i »lege artis« przygotowana; 3) była odpowiednio przechowana aż do chwili wstrzyknięcia i 4) nie podległa przeto zepsuciu, nadpsuciu lub jakimkolwiek niepożądanym zmianom chemicznym w swych białkowatych częściach składowych. Analogicznie do tego, jak po skończeniu się pomyślnem zakażenia ustroju, pozostają we krwi ślady przebytej sprawy w postaci różnych nowych substancyi t. zw. ochronnych krwi (jak n. p. opsoniny, bakteryolizyny, precipityny i t. p.), które jako niweczniki wywołują krócej lub dłużej trwający stan odporności czynnej, tak i po zniknięciu posurowiczych objawów chorobowych pozostają we krwi substancye, zbliżone swą naturą chemiczną do fermentów białkowych i wytwarzające przez pewien czas stan odporności biernej, a jednocześnie stan uczulenia (sensibilisatio) ustroju na ponowne wprowadzenie tegoż samego heterologicznego białka. Część serologów jest nawet zdania, że objawy choroby posurowiczej po pierwotnem zastosowaniu surowicy są już przejawem uczulenia, czyli nadwrażliwości, stosunkowo najsłabszej i dla danego osobnika nieszkodliwej, choć może nieraz niemiłej. Sądzą oni, że ustrój jest uczulony przez obecność w nim pewnych substancyi białkowatych (w rodzaju precypityn), wytworzonych przez drobnoustroje błonicy, które przenikły do krwi drogą zakażenia ustroju przez wrota naturalne. Substancye te przez styczność z białkiem surowicy swoistej, heterologicznej dla ustroju, działającej jako »antygen« według Ehrlicha, lub jako »allergen« według Pirqueta, wytwarzają w okresie największego nagromadzenia się niweczników, t. j. w czasie 6 do 14 dni po wstrzyknięciu, swoiste »anafilaktyczne ciała odczynowe«, działające trująco według jednych (jak Wolff-Eisner) bezpośrednio na ośrodki naczynioruchowe i wywołujące przez to osutkę posurowiczą, według Behringa zaś wywołujące rozkład składników proteinowych protoplazmy komórek, przyczem wytwarza się nowy jadowity czynnik, »apotoksyna«, zatruwająca ośrodki naczynioruchowe. Posurowiczy więc odczyn powinien być o wiele silniejszy po reinjekcyach wobec zwiększenia się uczulenia tkanek ustroju, aż do stopnia nadwrażliwości na jeden i ten sam gatunkowo obcy rodzaj białka płynnego (artfremdes Serumeiweiss). Z chwilą reinjekcyi tej samej surowicy białko jej, jako antygen, pod wpływem nagromadzonych we krwi niweczników — fermentów białkowych, ulega nader szybkiemu rozkładowi, tworząc produkty przejściowe w dużej ilości i bardziej trująco działające na ośrodki naczynioruchowe.

Według badań Pirqueta i Schicka wzmożony ten odczyn przejawiać się może klinicznie albo w postaci odczynu »przyspieszonego« lub też odczynu »natychmiastowego«, lub też, jeżeli reinjekcya dokonana została po upływie dni 7 do 10 po wstrzyknięciu przygotowawczem, a zatem w okresie maksymalnego nagromadzenia się niweczników, czyli w okresie najwyższej nadwrażliwości, w postaci »wstrząsu anafilaktycznego«. Wstrząs taki u zwierząt, czułych na trujące działanie białka heterologicznego, czyli z chwiejną równo-

wagą ośrodków naczynioruchowych (vasomotorische Labilität według Wolff-Eisnera), jak n. p. myszy, świnki morskie, króliki i t. p., może bardzo szybko wywołać śmierć wskutek skurczu mięśni oskrzelowych z następczem ostrem rozdęciem płuc. Istota anatomo-patologiczna tego stanu polega z jednej strony na nagłem niedokrwieniu mózgu wskutek nagłego przekrwienia najdrobniejszych naczyń krwionośnych w sferze nerwów trzewnych, z drugiej strony zaś objawy takie, jak duszność, bicie serca, sinica i drgawki wskazują na zajęcie całej sfery naczynioruchowej nerwu błędnego. Chwilową nadwrażliwość ustroju można przenieść z jednego zwierzęcia na drugie drogą przeszczepiania krwi; będzie to wówczas nadwrażliwość bierna. O ile zwierzę nie zginęło po reinjekcyi z powodu zbyt małej dawki obcego gatunkowo białka, lub z powodu indywidualnej wytrzymałości, to następuje stan t. zw. »antyanafilaksyi« (Friedberger), czyli »odczulenia« (Łazarewicz), które jest poniekąd równoległoznaczne do »odporności« (immunitas).

Ta blizka łączność nadwrażliwości ze zjawiskiem odporności czyni od lat kilku badania nad niemi niezmiernie aktualnemi i stanowiącemi najgłówniejszą niejako cechę medycyny dzisiejszej w dziedzinie chorób zakaźnych.

Już Ch. Richet, twórca nazwy »anafilaksya«, wyrzekł zdanie: »Point d'immunisation sans l'anaphylaxie, laquelle est le premier pas pour la prophylaxie«. Mniemał on (Annales de l'Inst. Pasteur 1907—1908), że pierwsze wstrzyknięcie antygenu (Richet używał w tym celu kongestyny) wywołuje zjawienie się nowego ciała, które on nazywa »toksogeniną«, a które przy spotkaniu się z kongestyną, wstrzykniętą powtórnie, staje się źródłem powstania nowego jadowitego ciała, nazwanego przez Richeta »apotoksyną«, będącego powodem wstrząsu anafilaktycznego.

Friedberger jest tego zdania, że odporność jest raczej tylko pewnym okresem w toku sprawy nadwrażliwości, cechującym się bądź częściowem odczuleniem (antyanafilaksya), bądź zdolnością ustroju do szybkiego niszczenia »anafilatoksyny«, swoistego jadu, uzyskanego przez Friedbergera sztucznie »in vitro« drogą łączenia precypitatów krwi, otrzymanych po pierwszem wstrzyknięciu, z antygenem i dopełniaczem (komplementem), a mającego działać trująco na ośrodki naczynioruchowe.

Następne badania zmieniły nieco te zasadnicze poglądy Friedbergera. Behring mniema, że wśród niweczników, wytwarzających się pod działaniem antygenu, znajdują się również »anafilaktyczne ciała odczynowe« (anaphylaktische Reaktionskörper), identyczne z anafilatoksyną Friedbergera, działające rozkładowo na substancye proteinowe, zawarte w protoplazmie komórek, przyczem wywiązuje się nowa substancya jadowita, »apotoksyna«, będąca powodem wstrząsu anafilaktycznego, zgodnie z mniemaniem Richeta.

H. Dold i A. Rados w Strasburgu również wykazali, że anafilatoksyna Friedbergera nie jest identyczna z jadem, wywołującym wstrząs anafilaktyczny (Anaphilatoxiegift), jak to mniemał Friedberger. Przedewszystkiem dlatego, że dla jego powstania nie jest konieczna obecność swoistych niweczników, które tylko przyspieszają wytwarzanie się jadu, lecz nie są do tego nieodzowne. Można go otrzymać n. p. przez strawienie heterologicznego białka (bakterye) zapomocą świeżej surowicy, więc czynnik niezbędny dla wytworzenia zatrucia anafilaktycznego — obecność swoistych niweczników — nie jest dla powstawania anafilatoksyny warunkiem niezbędnym.

Dold i Aoki, Dold i Hanau w Strasburgu zdołali odjąć bakteryom, przez powtórne ich strawienie świeżą surowicą, własność wytwarzania anafilatoksyny, gdy tymczasem wywoływały one nadwrażliwość. Dlatego też mniemają oni, że nie należy identyfikować anafilatoksyny i jadu, wywołującego wstrząs anafilaktyczny.

Najnowsze prace Wassermana i Kreysera, Ritza i Sachso-Bauera, Dörra, Dörra i Picka rzuciły również inne światła na doświadczenia Friedbergera. Dörr był tego zdania, że nadwrażliwość jest sprawą odpornościową, w której obce gatunkowo białko działa jako antygen (Ehrlicha), lub jako allergen (Pirqueta), jako niweczník zaś działa »anafilaktyczne ciało odczynowe«, które może być identyczne z innymi niwecznikami obcego białka, a równoległoznaczne z »precypityną«, grającą tak ważną rolę w następczej odporności czynnej lub biernej. Wskutek doświadczeń, dokonanych wraz z Pickiem (Wiener klin. Woch. 1912 Nr. 9), w których otrzymano surowice jadowite zapomocą zwykłego przesączania świeżej surowicy świnki morskiej przez świece Berkefelda, wystąpił Dörr przeciw ogólnie panującej teoryi Friedbergera o pochodzeniu anafilatoksyn z antygenów. Dörr przypuszcza, że jadowitość anafilatoksyn zależy nie od rozkładu antygenu na związki toksyczne, lecz od adsorbcyi przez antygeny pewnych części składowych surowicy, a między innemi i dopełniacza (komplementu Ehrlicha), które zobojętniają i maskują prawidłowo istniejącą przedtem jadowitość surowic. Doświadczenia, jakie przeprowadzał Stefan Muttermilch z Warszawy w pracowni C. Levaditiego w Instytucie Pasteura w Paryżu, dowiodły, że jadowitość surowic wzmaga się równolegle do zaniku dopełniacza w miarę dodawania do tych surowic substancyi, adsorbujących dopełniacz, znika zaś ona przez nagrzewanie surowic do 56° przed lub po dodaniu substancyi adsorbujących. Działanie anafilatoksyn i wstrząs anafilaktyczny można wytłómaczyć na mocy tego samego mechanizmu, mianowicie na mocy adsorbcyi pewnych protekcyjnych substancyi osocza krwi i komórek, a między innemi i dopełniacza. (St. Muttermilch: »Adsorbcyjna teorya anafilaksyi«. Pamiętnik Warsz. Tow. lek. 1913 zesz. IV).

Oddzielnie nieco stoi teorya W. Weichardta, profesora bakteryologii w Erlangen; zalicza on objawy wstrząsu anafilaktycznego do rzędu t. zw. »proteotoksykoz«, czyli zatrucia ustroju przez produkty rozkładu substancyi proteinowych, analogicznie do działania apotoksyny Behringa. Wspólnie ze Stöfferem dowiódł Weichardt, że hemoglobina, jako katalizator krwi, wzmacnia swe swoiste działanie (przenoszenie tlenu) przez obecność małych ilości produktów rozkładu obcego białka, działających podniecająco na wzmożenie stanu odpornościowego; natomiast większe ilości tych produktów przejściowych rozkładu działają na czynności hemoglobiny hamująco, wywołując zjawienie się zatrucia anafilaktycznego, krócej lub dłużej trwającego i o natężeniu zmiennem. Do rzędu tychże proteotoksykoz zalicza Weichardt objawy zatrucia ustroju po rozległych oparzeniach skóry, oraz wchłanianie się w krew ustroju białka bakteryi, któreby się doń dostały w jakikolwiek sposób.

Widzimy, że w tej dziedzinie są jeszcze różnice w zdaniach i poglądach, wymagające dalszych dociekań. Nieustanne prace bardzo licznych badaczy z każdym dniem nieomal rozszerzają widnokrąg pojęć, czyniąc go coraz to dostępniejszym dla ogółu lekarzy praktycznych.

Teoretyczne dowodzenia o zjawisku anafilaksyi i możność doświadczalnego sprawdzenia ich w odpowiednich pracowniach pobudziły niejako uwagę klinicystów seroterapeutów do pilniejszego spostrzegania każdego przypadku, leczonego wielokrotnie surowicą przeciwbłoniczą. Wszelkie spostrzeżenia, w których byłyby nawet tylko podejrzenia

co do anafilaksyi, zaczęto skrzętnie publikować. Przytoczę tu cały szereg znanych mi z ostatnich czasów.

J. Bókay w Peszcie (Deut. med. Wochenschrift 1911 Nr. 1) spostrzegał odczyn natychmiastowy po upływie pięciu minut po wstrzyknięciu u dwóch osobników, którym po raz pierwszy wstrzyknięto po 3000 jedn. ochr. w objętości 10 ctm. sześc., z zupełnem, szybkiem wyzdrowieniem. Rankin (Lancet 17/XII 1910) spostrzegał jeden taki przypadek z silnym odczynem natychmiastowym w 15 minut po wstrzyknięciu. Fritz Meier w dyskusyi w Towarzystwie lekarzy berlińskich wspomniał, że u kobiety lat średnich, która otrzymała dożylnie po raz dwunasty 1000 jedn. ochr. w objętości 10 ctm. sześc., w dziesięć minut potem wystąpiły: silny obrzęk twarzy i powiek, tętno bardzo przyspieszone, ciepłota do 40,5°, na skórze plamy czerwone. Po zastosowaniu morfiny i eteru podskórnie przyszła chora szybko do równowagi i wyzdrowiała zupełnie. Hallé i Bloch w odczycie, wygłoszonym w lutym 1913 w paryskiej »Société de pédiatrie«, wspominają, że w »Hôpital des enfants malades« w Paryżu przez cały czas stosowania przez nich surowicy przeciwbłoniczej od r. 1893, czyli przez lat dwadzieścia, spostrzegali tylko dwa przypadki rzeczywistej nadwrażliwości, jak ją opisał Ch. Richet. Były one dość ciężkie, lecz bynajmniej nie śmiertelne; Hallé i Bloch nie widzą więc żadnej zasady do odstręczania od seroterapii. Caussade i Joltrain w odczycie, wygłoszonym w lutym 1913 w paryskiej »Société medicale des hôpitaux« przytaczają przypadek śmierci, dotyczący lekarza, który zachorowawszy na ciężką błonicę, odmówił z powodu obawy przed nadwrażliwością zastosowania u siebie seroterapii. Wnoszą oni, aby starać się usilnie o to, żeby obawa przed nadwrażliwością nie stawała na przeszkodzie do seroterapii. Surowica powinna być koniecznie zastosowana nawet wtedy, jeżeli istnieje tylko podejrzenie co do błonicy, lub jeżeli wobec ujemnego nawet wyniku badania bakteryologicznego zachodziło zetknięcie się z chorymi na błonicę. W dyskusyi Louis Martin, klinicysta paryski, dodał przytem od siebie, że należy energicznie przeciwdziałać obawom przed nadwrażliwością, gdyż obawy te wiodą wprost do zwiększenia się odsetków śmiertelności, która dla Paryża i Francyi wynosiła w roku 1911 — 8%, a w 1912 — 10% przy wydatnem zmniejszeniu się seryi surowic, przechodzących obowiązkowo zawsze przez kontrolę państwową.

E. Schreiber (Deut. med. Wochenschrift, 1913, Nr. 20) spostrzegał na oddziale chorób wewnętrznych w szpitalu Magdeburg-Sudenburg kobietę 23-letnią, silnej budowy, u której przed 15 laty zastosowano surowicę przeciwbłoniczą, a w rok później zapobiegawczo po raz drugi. Obecnie z powodu ponownej błonicy gardła wykonano reinjekcyę śródmięśniową 1000 jedn. ochron. 400-krotnej surowicy z Höchst w objętości 2,5 ctm. sześc. Po sześciu minutach wystąpiły: bicie serca z tętnem około 200 na minutę, sinica, swędzenie po całej skórze; oddech skurczowy dychawiczny, niepokój; potem zupełny brak tętna, a następnie do 50 uderzeń na minutę, przyczem serce dawało przy osłuchiwaniu tylko jeden głuchy ton; następnie brak oddechu, utrata przytomności. Eter, zastosowany podskórnie i sztuczny oddech, po 10 minutach przywróciły przytomność i tętno prawie prawidłowe. Po upływie trzech godzin groźne objawy zupełnie ustąpiły, zjawiły się natomiast parcie w brzuchu, pęcherzu i boleści. W godzinę potem obfita wysypka w postaci rumienia, wymioty i mdłości przy ciepłocie prawidłowej. Wieczorem bardzo obfita wysypka, która na drugi dzień zrazu znikła, lecz w ciągu tygodnia wracała trzy razy, na trzeci i piąty dzień po wstrzyknięciu, przy braku tchu i ściskaniu. Drugie spostrzeżenie E. Schreibera dotyczyło kobiety 40-letniej, której wstrzykiwano surowicę przed 11 laty; obecnie ósmego dnia po reinjekcyi wystąpiły: wysypka bardzo silna, duszność, tętno małe, przyspieszone, niepokój, bredzenie, uczucie duszenia się wraz z uczuciem opuchnięcia w ustach i w gardle oraz z trudnością w przełykaniu. Upust krwi oraz wlewania solne z dodatkiem adrenaliny sprowadziły szybką poprawę, zniknięcie wysypki wraz z zupełnem wyzdrowieniem.

Pirquet i Schick spostrzegali w kilku przypadkach u dzieci reinjekowanych burzliwy odczyn »wzmożony«, jednak nie śmiertelny. Heubner na klinice chorób dziecięcych w berlińskiej Charité przez lat 20 stosował systematycznie zapobiegawczo surowicę przeciwbłoniczą niezliczoną ilość razy z następczem stosowaniem wstrzykiwań leczniczych. Przez cały ten czas spostrzegał jeden przypadek śmiertelny z powodu nadwrażliwości u dziecka, wysoce niedokrwistego, reinjekowanego dożylnie z powodu błonicy. Heubner sądzi, że ustrój ludzki nawet we wczesnych latach dziecięcych jest o wiele mniej skłonny do nadwrażliwości, niż małe zwierzęta doświadczalne; następnie, że u dzieci zdrowych przy reinjekcyach podskórnych lub mięśniowych, niema zgoła **żadnego** niebezpieczeństwa, że natomiast u dzieci krzywiczych, charłaczych lub niedokrwistych należy reinjekcye robić ostrożnie i **metody dożylnej zupełnie zaniechać**.

Behring w swem nowem dziele: »Einführung in die Lehre von der Bekämpfung der Infektionskrankheiten«, (Berlin 1912) powiada, że u własnych jego dzieci bywa stale przy odpowiednich okazyach stosowana zapobiegawczo surowica. Jest on tego zdania, że niebezpieczeństwa nadwrażliwości nie należy przesadnie zwiększać rzekomo bez godnych uwagi motywów.

Nemmser w petersburskim szpitalu Piotra i Pawła od 1896 do 1900 r. spostrzegał 300 chorych na płonicę, leczonych surowicą przeciwpaciorkowcową. W pracy swej (Deut. med. Wochenschrift, 1913, Nr. 16), podaje on, że 1002 chorym wstrzykiwano przedtem surowicę przeciwbłoniczą zapobiegawczo; w tem 900 dwukrotnie, a 102 w odstępach 12-dniowych trzy-, cztero- i pięciokrotnie w objętości 6 do 12 ctm. sześc. naraz. Wśród nich tylko 42 przypadki, czyli około 4%, dały objawy zwykłej choroby posurowiczej, a więc wysypki w postaci pokrzywki, rumienia, niekiedy niewielkie przejściowe nacieki w miejscu wstrzyknięcia; żadnych innych objawów anafilaktycznych nie spostrzegano.

Karol Rozenfeld z Częstochowy w swym odczycie: »O chorobie posurowiczej«, wygłoszonym d. 4 Czerwca 1911 na Zjeździe w Łodzi, a następnie drukowanym w »Nowinach lekarskich«, (1911, Nr. 7—11), wspomina o następujących trzech przypadkach z praktyki własnej: 1) U kobiety 30-letniej po jednorazowem wstrzyknięciu 2000 jedn. ochron. rumień i bóle stawowe trwały z częstymi nawrotami przez szereg miesięcy. Rozenfeld przypuszcza w tym przypadku istnienie szczególnej idyosynkrazyi ustroju, polegającej na nadmiernej chwiejności równowagi sfery naczynioruchowej. 2) Sześcioletnia dziewczyna z powodu ciężkich objawów błonicy gardła i nosa, przy ciepłocie 40°, w pół godziny po pierwszem wstrzyknięciu 1000 jedn. ochr. podległa zapadowi: przy ciepłocie 36,0° kończyny zimne i sine, duszność, niepokój, tętno zaledwie wyczuwalne, trudno zliczalne. Po wstrzyknięciu kamfory i kofeiny w ciągu pół godziny objawy te ustąpiły. Leczona była surowicą przeciwbłoniczą po raz pierwszy; istniało podejrzenie co do zajęcia gruźliczego gruczołów oskrzelowych. 3) Dziewczynie 16-letniej w ciągu kilku lat trzy razy wstrzyknięto surowicę przeciwbłoniczą. W rok po ostatniem wstrzyknięciu zapadła znów na błonicę, przyczem zastosowano 1000 jedn. ochr. W godzinę potem wystąpiły: obrzęk twarzy, pokrzywka na całej skórze, sinica, duszność, tętno nitkowate i bardzo szybkie. Po wstrzyknięciu kamfory szybka poprawa z zupełnem wyzdrowieniem.

Kazimierz Piotrowski w Warszawie na oddziale kol. Rodysa w warszawskim szpitalu dla dzieci spostrzegał w końcu Września 1913 następujący przypadek (Gazeta lekarska, 1914 Nr. 1). Dziewczynce 8-letniej z powodu błonicy wstrzyknięto przed 5-tygodniami trzy flakony surowicy przeciwbłoniczej. W tydzień potem wystąpiły objawy pobłoniczego porażenia podniebienia, które zaczęto leczyć,

stosownie do nowych publikacyi, wtórnemi wstrzykiwaniami surowicy przeciwbłoniczej, prawdopodobnie jednogatunkowej. Zabiegu tego dokonano z pewną ostrożnością; z początku wstrzyknięto jeden flakon, by się przekonać, czy uczulony ustrój będzie oddziaływać na reinjekcyę. Przy wyniku ujemnym wstrzyknięto po przerwie jednodniowej dwa flakony, a na trzeci dzień potem jeszcze trzy flakony. Groźne objawy zaczęły występować na szósty dzień po wstrzyknięciu, tak, że w 10 godzin po przyjęciu chorej do szpitala wystąpił bardzo silny typowy zapad, trwający godzinę i kwadrans, z zejściem śmiertelnem. Na zasadzie szczegółowej analizy objawów przedśmiertnych przy zastosowaniu rozpoznania różniczkowego, dochodzi Piotrowski do wniosku, że były to typowe objawy wstrząsu anafilaktycznego po reinjekcyach, dokonanych po upływie 5 tygodni od wstrzyknięcia pierwotnego — przygotowawczego.

Fritz Cuno (D. med. Woch. 1914, Nr. 20) podaje, że w szpitalu imienia Dra Christa we Frankfurcie nad Menem na oddziale błoniczym od końca roku 1894 wstrzyknięto surowicę 3500 dzieciom chorym, podejrzanym co do błonicy, lub też w celach zapobiegawczych. Wśród nich u 207 stosowano reinjekcye w różnych odstępach czasu; tylko w jednym przypadku spostrzegano objawy dość lekkiej nadwrażliwości. Było to 5-letnie dziecko, które we Wrześniu roku 1912 po raz pierwszy było leczone surowicą swoistą z Höchst (Nr. II) z powodu błonicy gardła, a po 6 miesiącach, w Marcu 1913, z powodu błonicy gardła i krtani otrzymało reinjekcyę tejże surowicy (Nr. III), po której niezwłocznie (odczyn natychmiastowy) wystąpiły: obrzęk twarzy, rąk i plamista wysypka po całem ciele. Objawy te po upływie doby znikły. Cuno zaleca dokonywać reinjekcyi tylko podskórnie i powoli; unikać ich u dzieci chorowitych lub cierpiących prócz błonicy na inną jeszcze chorobę gorączkową, zwłaszcza na tak zw. gorączkę sienną, której przejawy występują głównie w sferze naczynioruchowej, podrażnionej pyłkiem roślinnym, zawierającym swoiste substancye białkowate.

Gaffky z Jochmannem spostrzegał przypadek, dotyczący lekarza, który w r. 1902 otrzymał pierwsze, a w r. 1907 powtórne wstrzyknięcie surowicy bez żadnego zgoła odczynu. Gdy po upływie trzech lat, w r. 1910, otrzymał on ponowną reinjekcyę, wystąpiły po 20 minutach: obrzmienie w miejscu wstrzyknięcia, ogólna pokrzywka i przejściowe osłabienie działalności serca. Po tym odczynie natychmiastowym wystąpiła czwartego dnia ponownie pokrzywka, obrzęk twarzy i biegunka; przeszły one wkrótce bez śladu, lecz były dość przykre dla chorego. (Veröffentlichungen der med. Verwaltung 2, H. 8).

Wiedemann (Münch. med. Wochen. 1912, Nr. 33), opisał przypadek, dotyczący 13-letniego chłopca, któremu przed dwoma laty wstrzyknięto 1000 jedn. ochr. z powodu ciężkiej błonicy gardła i krtani. Obecnie z powodu ponownego zachorzenia przed wstrzyknięciem surowicy właściwem dostał chory zapobiegawcze wstrzyknięcie próbne w ilości 8 kropel tejże surowicy wysokowartościowej, po którem niezwłocznie wystąpiły ciężka duszność i sinica, poczem W. podał choremu dwa razy wewnętrznie (per os) po 1500 jedn. ochr. bez wywołania objawów anafilaktycznych, lecz i bez poprawy stanu chorobowego. Poprawę osiągnięto dopiero po zastosowaniu surowicy wołowej przeciwbłoniczej, bez wywołania objawów anafilaktycznych. Wprost przeciwny przypadek podaje Heubner (Veröff. d. m. Verwaltung 2, H. 8). Dotyczył on 7-miesięcznego oseska, który czterokrotne wstrzyknięcie surowicy końskiej zniósł doskonale bez odczynu posurowiczego; gdy po pewnym czasie zastosowano piąte wstrzyknięcie, surowicy wołowej, wystąpił typowy zapad anafilaktyczny, zakończony wyzdrowieniem po zastosowaniu środków skrzepiających. W tejże publikacyi opisuje Heubner swój przypadek śmiertelny, dotąd jedyny, o którym wyżej wspominałem. Dotyczył on 7-letniej dziewczynki, chorej oddawna na ciężką błednicę z białaczką rzekomą. Gdy po upływie $3^1/_2$ tygodnia od wstrzyknięcia pierwotnego zastosowano reinjekcyę dożylną 4000 jedn. ochr., wystąpił niepokój, wymioty, drgawki i zupełne wstrzymanie oddechu, poczem śmierć.

O drugim, również śmiertelnym przypadku wspomina Dreyfuss (Münch. med. Woch. 1912, Nr. 15). Dotyczył on chłopca 7-letniego, który na rok przedtem otrzymał zapobiegawczo 150 jedn. ochr. surowicy przeciwbłoniczej. Gdy z powodu błonicy w rok później wstrzyknięto surowicę z Höchst (Nr. III), niezwłocznie wystąpiły drgawki, zupełna utrata przytomności i tętna, oraz śmierć po upływie 20 minut.

Prócz wymienionych spostrzegali jeszcze przypadki nieprawidłowego odczynu posurowiczego, zarówno po pierwotnych, jak i po wtórnych wstrzykiwaniach, z zupełnem wyzdrowieniem: Umber, Otto, Currie, Taylor, Allard, Lemaire, Lenzmann, Asam i inni. Fritz Cuno w pracy swej, wyżej wspomnianej, podaje je wszystkie w krótkiem streszczeniu ze wskazaniem źródeł.

Oto są mniej więcej wszystkie, znane mi z piśmiennictwa, opisy niebezpiecznych lub bardziej niemiłych powikłań posurowiczych, ogłoszone w ostatnich kilku latach. Bezwątpienia wśród milionów chorych, leczonych przez ostatnie 23 lata surowicą przeciwbłoniczą, można znaleźć pewną część przypadków, dających nieprawidłowy odczyn posurowiczy zarówno po wstrzykiwaniach pierwotnych, jak i po reinjekcyach. Wspomnieć jednak należy, że nawet szczepienia ospy ochronnej dotąd jeszcze nie są bezwzględnie wolne od niepożądanych powikłań różnego rodzaju i pochodzenia.

W mojej praktyce osobistej w ciągu ubiegłych lat 19 nie spostrzegałem ani razu ani objawów anafilaktycznych, ani odczynu wzmożonego, czy to natychmiastowego lub przyspieszonego. Jak to już w końcu pierwszej części niniejszego odczytu podkreśliłem, 963 spostrzeganych przypadków, wśród których 68 z reinjekcyami w liczbie 119, nie może bezwzględnie rozstrzygać. Wskazuje to jednak, że lekarze, stosujący surowicę swoistą od początku jej wynalezienia, mogą nie spotkać niekiedy przez długie lata żadnych nieprawidłowych odczynów posurowiczych.

Ze względu na to, że nie możemy zupełnie stanowczo twierdzić, aby objawy niebezpiecznej nadwrażliwości lub cięższe posurowicze nie mogły się zjawić po leczniczych reinjekcyach surowicy, przeto musimy się zająć praktycznie ważnem pytaniem, jak zapobiedz możliwości zjawiania się objawów niebezpiecznej nadwrażliwości, oraz jak zapobiedz silniejszym i niemiłym postaciom, a jak twierdzą niektórzy, niebezpiecznym objawom choroby posurowiczej. Jest ciągłem i silnem staraniem serologów i seroterapeutów — wykryć sposoby i metody uczynienia surowicy zupełnie nieszkodliwą. Przedewszystkiem więc co do metody wprowadzania surowicy do ustroju, to wielu klinicystów, a między innymi Guinon w Paryżu, wraz z innymi lekarzami paryskimi i francuskimi wogóle, próbowali stosować surowicę przez odbytnicę, lecz zarówno Guinon, jak i Lesné, Weill-Hallé i inni, doświadczalnie i praktycznie dowiedli braku wszelkiego działania surowicy tą drogą na chory ustrój. Inni znów, a między nimi Tiroloix w Paryżu, proponowali wewnętrzne podawanie surowicy (per os), mianowicie w postaci pastylek do ssania, zawierających surowicę wysuszoną, w dawkach: 0·10 zapobiegawczo i 0·20 leczniczo. Instytut

Pasteura zaniechał już ich wyrobu wobec wątpliwej korzyści, brano je zatem od Arloinga z Londynu. Louis Martin, klinicysta paryski, wyraża zdanie, że pastylki te mogłyby być chyba tylko dodatkiem do seroterapii właściwej; radzi przytem wogóle pastylki najlepiej zarzucić zupełnie z obawy, aby bojaźliwi chorzy nie odmawiali zastosowania seroterapii właściwej, przez wstrzykiwanie, co mogłoby być zgubnem. (Według dyskusyi po odczycie, wygłoszonym przez Caussade i Joltraina w lutym 1913 r. w paryskiej »Société méd. des hôp.«). Wewnętrznie próbował stosować surowicę Wiedemann, jak to wyżej opisałem, zupełnie bez skutku. Besredka początkowo podawał środki narkotyczne przed reinjekcyą, by zmniejszyć wrażliwość ośrodków naczynioruchowych, jednak bez skutku. Następnie podawał również surowicę wewnętrznie i przez odbytnicę w celu wywołania przez przewód pokarmowy pewnego stopnia antyanafilaksyi czyli odczulenia na wypadek późniejszej potrzeby zastosowania tejże surowicy drogą pozajelitową, t. j. podskórnie, śródmięśniowo lub dożylnie. Bezskuteczności tej metody dowiedli, jak wyżej wspomniałem: Guinon, Lesné, Weill-Hallé, Louis Martin, Wiedemann i inni.

Co do metody technicznego przygotowania surowic, to Uffenheimer zalecał w swoim czasie zupełne usunięcie dodatków fenolu lub krezolu, które w Niemczech bywają zwykle dodawane dla lepszej konserwacyi surowic; lecz i surowice, sporządzone zupełnie bez tych dodatków, również nie są wolne od odczynu następczego, zależnego od obecności w surowicy białka, obcogatunkowego dla ustroju.

Netter zaleca zapobiegawcze podawanie chlorku wapnia (calcium chloratum — $CaCl_2$) wewnętrznie lub podskórnie w dawce 1·00 do 2·00 na dobę przez kilka dni z rzędu po wstrzyknięciu. Uzyskał on w ten sposób osłabienie odczynu posurowiczego i zmniejszenie się jego ilościowe przeszło o połowę, co potwierdzają Moro i Wright, natomiast Rosenau i Anderson nie zauważyli wyraźnego działania dodatniego, co znowu potwierdza wielu innych lekarzy praktyków. Rozenblatówna podaje, że w szpitalu dla dzieci Anny Maryi w Łodzi uzyskano tą drogą zmniejszenie się odsetki choroby posurowiczej.

Co do metod oddziaływania na samą istotę surowicy, jej właściwości swoiste i sprawę przyswajania jej przez ustrój, to pobieżnie wyliczę następujące:

1) Spronck proponuje używać tylko surowic podgrzewanych (pasteryzowanych) do 56° C. Zalecają to również: Instytut Pasteura w Paryżu i wszyscy wogóle serologowie francuscy oraz Zakład serologiczny w Wiedniu (prof. Paltauf), bez skutku jednak, jak się przekonał Pirquet, który po stosowaniu surowicy podgrzewanej spostrzegał nieraz bardzo silne wysypki. Doświadczenia Dörra i Picka, dotyczące adsorbcyjnej teoryi nadwrażliwości, oraz Stefana Muttermilcha, o których wyżej wspominałem, stwierdzają, że podgrzewanie zmniejsza prawidłowo poprzednio istniejącą jadowitość surowic. Również świeżo dokonane doświadczenia K. Josepha nad podgrzewaniem surowicy dowiodły, że surowice podgrzewane tracą tylko tak zwaną jadowitość pierwotną (primäre Toxizität), czyli tak samo jak surowice odstałe (abgelagerte Sera).

2) Bujwid w Krakowie proponował w swoim czasie odstawanie się surowicy przez czas dłuższy przed jej użyciem, aby nie była stosowana zbyt świeża, przez co wskaźnik toksyczny surowicy zmniejsza się przez zatratę pierwotnej jadowitości, jak to twierdził i K. Joseph z Höchst. Swieże badania i próby kontrolujące, dokonane w tym kierunku przez K. E. Boehnckego w Instytucie medycyny doświadczalnej we Frankfurcie nad Menem (dyrektor prof. Ehrlich), dowiodły, że przez odstawanie się (Ablagerung), choćby najdłuższe, trwające rok i dłużej, surowica nie traci wcale na sile i ilości antytoksyn swoistych, lub traci je tylko w cząstkach minimalnych, niemających znaczenia. Traci ona natomiast zupełnie swą wyżej wspomnianą jadowitość pierwotną (Deut. mediz. Woch 1914, Nr. 11). Zdaniem więc obu badaczy metoda podgrzewania absolutnie skuteczną jednak być nie może ze względu na jadowitość surowicy następczą, wtórną (secundäre Toxizität), której istota polega na rozkładzie w ustroju surowiczego białka obcogatunkowego.

3) Hirschfeld i Dungern proponują jodyzacyę surowicy. Doświadczenia i badania wykazały, że tak spreparowana surowica z dodatkiem jodu wywołuje objawy posurowicze, równe co do jakości i siły objawom po surowicy zwyczajnej, tracąc przy tem około 25% antytoksyn swoistych.

4) Eichholz proponuje wstrzykiwać zawiesinę surowicy suchej sproszkowanej w oliwie (Oel-Trockenserum), której wchłanianie odbywa się tak wolno, że tymczasem wywiązuje się w ustroju stan antyanafilaksyi, zabezpieczającej przed możliwością wstrząsu. Doświadczenia, dokonane przez Josepha w Höchst, wykazały, że co do uczulenia ustroju zawiesina ta zachowuje się zupełnie tak, jak surowica zwyczajna (normalna) (Deut. med. Woch. 1914, Nr. 11).

5) Rosenau i Anderson, Neufeld, Besredka, Dörr, Friedberger i Mita wykazali, że maleńka dawka podskórna, poprzednio wstrzyknięta zwierzętom na kilka godzin przed właściwą reinjekcyą, zapobiega występowaniu wstrząsu anafilaktycznego. Przypuszczalnie zachodzić tu powinno nasycenie atrepsyi (według Ehrlicha) czyli chciwości istniejących w uczulonym ustroju niweczników, a głównie anafilaktycznych ciał odczynowych (anaphylaktische Reaktionskörper według Friedbergera) przez uprzednie wprowadzenie minimalnej ilości antygenu białkowego. Ponieważ praktyka nie wykazała zbyt wielkiej skuteczności tej metody, jak to widzieliśmy n. p. z wyżej przytoczonych przypadków Wiedemanna, a u nas Piotrowskiego z Warszawy, przeto Friedberger i Mita proponują w tym celu d o ż y l n e wstrzykiwanie surowicy b a r d z o p o w o l i, k r o p l a m i, zapomocą osobno w tym celu zbudowanego przyrządu (Deut. med. Woch. 1912, Nr. 5). Przyrząd ten służyć ma głównie do wstrzykiwania większych ilości surowic, przyczem krew stopniowo wchłania małe jej ilości, wprowadzane kroplami dożylnie, niezwłocznie je przerabiając, przez co zapobiega się nadmiernemu nagromadzeniu się anafilatoksyny i wzbudza się we krwi stan antyanafilaksyi.

6) Blumenthal i Ruete-Enoch proponują użycie surowic oczyszczonych czyli zawierających mało białka (eiweissarmes Diphtherieheilserum »R. E.«). Jest to surowica normalna, zawierająca o 50% mniej białka; instytut serologiczny Ruete-Enocha w Hamburgu wyrabia również takie surowice w postaciach wielowartościowych: 400 i 500-krotne. Instytut drezdeński (S/S) wyrabia 1500-krotną surowicę, czyli w 6$^2/_3$ ctm. sześc. zawierającą 10000 jedn. ochr., a przytem tylko 0·5 gr. białka, gdy tyleż jednostek 400-krotnej surowicy w 25 ctm. sześc. zawiera 2 gr., a 500-krotnej w 20 ctm. sześc. — 1·6 gr. białka płynnego. Otrzymuje się surowice te przez usunięcie z cieczy tych pierwiastków białkowych, które nie są związane z antytoksynami. Lecz jest to możliwe tylko przy pewnej utracie antytoksyn, zwłaszcza w surowicach wysokowartościowych, gdzie każdy element białkowy jest związany z antytoksynami swoistemi. Przytem nawet surowice normalne, »oczyszczone« z białka do pozostałości 5% tegoż, dawały również objawy posurowicze, jak i surowice zwykłe. W każdym razie jest to metoda godna zaznaczenia i dalszego wypróbowania.

7) Niektórzy serologowie proponują używać do celów zapobiegawczych lub też do reinjekcyi surowicy przeciwbłoniczej, pochodzącej od różnego gatunku zwierząt, jak:

muły, osły, małpy, psy, kozy, owce, krowy, wielbłądy, woły i t. p., aby, gdy zachodzi potrzeba reinjekcyi, używać ich naprzemian z końskiemi, nie wytwarzając w ten sposób możności stopniowego zwiększania się uczulenia tkanek ustroju na jeden i ten sam typ białka surowicy. Ascoli, który jeden z pierwszych przeprowadzał w tym kierunku doświadczenia w Instytucie serologicznym w Medyolanie (dyrektor prof. Bellfanti), nazwał surowice te »anallergicznemi«, t. j. pozbawionemi możności wywoływania tak zwanej przez Pirqueta »allergii«, czyli odmiennego stanu krwi, przyspieszającego i wzmacniającego posurowiczy odczyn po reinjekcyi aż do wywołania wstrząsu anafilaktycznego. Usiłowania te, zupełnie nieudatne co do kozy, krowy i dromadera, okazały się udatniejsze co do owcy (Ascoli: D. mediz. Woch. 1910, Nr. 26). Jochman, pracujący nad tą samą sprawą w Instytucie chorób zakaźnych w Berlinie, wypróbował wiele razy w przypadkach wstrzyknięć zapobiegawczych surowicę wołową bez żadnych zgoła objawów toksycznych. Wyrabia ją pracownia serologiczna w Höchst również w postaciach wysokowartościowych, jak końska. Wskaźnik toksyczny tej surowicy jest cztery razy większy, niż surowicy końskiej; prócz tego ma ona własność wywoływania miejscowej martwicy. Wskutek tego podniosły się zarzuty, że użycie jej w celach wstrzyknięć zapobiegawczych lub leczniczych u ludzi jest niewłaściwe. Między innymi zwrócił na to uwagę Heubner przy publikacyi (Veröff. d. mediz. Verwaltung 2. H. 8) przypadku, o którym wyżej wspominałem. Dotyczył on mianowicie 7-miesięcznego oseska, który czterokrotne wstrzyknięcie surowicy końskiej zniósł doskonale, bez żadnego zgoła odczynu posurowiczego. Gdy po pewnym czasie zastosowano piąte wstrzyknięcie, dla ostrożności używając surowicy wołowej, wystąpił typowy zapad anafilaktyczny, zakończony wyzdrowieniem po zastosowaniu środków uśmierzających. Heubner to nadspodziewane zjawisko przypisał wysokiej pierwotnej jadowitości surowicy wołowej.

Uhlenhuth i Haendel po przeprowadzeniu nader licznych doświadczeń przekonali się, że substancye jadowite surowicy wołowej, wywołujące martwicę, są bardzo nietrwałe, tak, że już dłuższe odstawanie się surowicy wywołuje ich zniknięcie, a tem więcej giną one przez częściowe podgrzewanie (fraktionierte Erwärmung) do 58° C., przyczem substancye, wywołujące martwicę miejscową giną wcześniej, niż ogólnie jadowite.

Joseph w najnowszych swych doświadczeniach w pracowni serologicznej w Höchst stwierdził zupełnie tosamo i zaleca, aby przed obowiązującą kontrolą państwową przeprowadzać próbę na śwince morskiej pod względem jadowitości ogólnej przez wstrzyknięcie 1·00 tej surowicy śródsercowo oraz pod względem wywoływania martwicy miejscowej przez wstrzyknięcie podskórne 0·20 surowicy. Obydwie próby nie powinny dawać żadnego śladu wyniku dodatniego. Surowica ta, według Josepha, byłaby odpowiednia do wstrzykiwań zapobiegawczych lub pierwotnych, aby w następstwie módz w razie potrzeby zastosować wysokowartościową surowicę końską (D. med. Wochen. 1914, Nr. 11). Metoda ta jest godna zaznaczenia i wypróbowania w większej liczbie odpowiednich przypadków.

W ten sposób przez nieustanne badania powstaje nowy gmach chemoterapii, seroterapii i serologii współczesnej, do którego budowy przyczynili się nasi badacze, że wspomnę tutaj: Brunnera, Bujwida, Eisenberga, Gryglewicza, Karłowskiego, Karwackiego, Palmirskiego, Pruszyńskiego, Serkowskiego i innych.

Badania w tym zakresie uzyskały nowy świeży bodziec przez wynalazek Behringa szczepionki ochronnej przeciwbłoniczej. Gdyby się urzeczywistniła genialna idea otrzymania szczepionki ochronnej, mogącej ustrój ludzki zabezpieczyć przed błonicą tak, jak przed ospą naturalną, usunęłaby obawę ponownego zapadania na błonicę, a tem samem konieczność wielokrotnego stosowania surowicy swoistej. Oprócz mnogich prac, dotyczących próbnego stosowania szczepionki (Toxin-Antitoxingemisch), powstały badania doświadczalne i prace, wspomniane przezemnie w części pierwszej niniejszego odczytu, wyjaśniające wiele zagadnień, które dotąd uważano za mniej ważne, a które dla seroterapii okazały się pierwszorzędnego znaczenia.

Ze wszystkich tych prac można wysnuć wnioski mniej więcej takie: 1) Surowica przeciwbłonicza, jako antytoksyczna, przy zachowaniu warunków, o jakich wspomniałem na początku części drugiej odczytu, a dotyczących dokładnego jej przygotowania, odpowiedniego przechowania, własności jej składu białkowego i t. p., nie powinnaby zazwyczaj dawać żadnych objawów anafilaktycznych, ani cięższych posurowiczych, gdyż surowica końska wogóle bywa przez ustrój ludzki, nawet w latach najmłodszych, znoszona znacznie lepiej, niż przez ustrój wszystkich zwierząt, używanych do doświadczeń i prób leczniczych przedwstępnych. — 2) Metoda wprowadzania surowicy leczniczej do ustroju gra bardzo ważną rolę: najsilniej i najprędzej działają wstrzykiwania dożylne, one też wywołują najsilniejszy i najniebezpieczniejszy odczyn; wstrzykiwania śródmięśniowe, wchłaniając się nieco wolniej, dają też i odczyn następczy nieco słabszy, bardziej zbliżony do podskórnego; wstrzykiwania podskórne, wchłaniające się najwolniej, działają też najsłabiej, i sama możliwość działania zależy od zdolności tkanki podskórnej do należytego wessania wstrzykniętej cieczy; odczyn posurowiczy dają one też najsłabszy. — 3) Surowica przeciwbłonicza z jakiegokolwiek gatunku zwierzęcia zawsze zawiera białko gatunkowo obce dla leczonego ustroju i dlatego musi dać odczyn posurowiczy o różnem natężeniu, stosownie do warunków indywidualnych ustroju, ilości zastosowanej surowicy i t. p. Dlatego należy, o ile można, stosować surowicę wysokowartościową, aby w jaknajmniejszej objętości zawierała ona jak najwięcej antytoksyn swoistych; wówczas wprowadzamy do ustroju przy dużej ilości jednostek ochronnych względnie mało gatunkowo obcego białka. Naprzemienne stosowanie surowic anallergicznych może usunąć niebezpieczeństwo uczulenia, nie może jednak usunąć zwykłych objawów posurowiczych.

Co się tyczy moich osobistych spostrzeżeń w przeciągu lat 19, to spotykając się przeważnie w mej praktyce z biedniejszą sferą ludności, nie dokonywałem nigdy wstrzykiwań zapobiegawczych, ograniczając się do stosowania surowicy wtedy, gdy już jakiekolwiek objawy choroby, choćby najdrobniejsze, można spostrzedz. Sądzę, że postępowanie takie, szczególniej tam, gdzie wogóle łatwo o pomoc lekarską, może być usprawiedliwione nietylko ze względów oszczędnościowych wobec tego, że współczynnik zaraźliwości błonicy, stosownie do wskazówek różnych spostrzegaczy, wynosi od 14·5 do 20, więc i odsetka zachorowań powinna być o wiele mniejsza. Prócz tego w razie wystąpienia objawów chorobowych ma się zupełną swobodę postępowania wobec braku tak zwanych wstrzyknięć przygotowawczych.

Co do stosowania zapobiegawczego surowicy przeciwbłoniczej, zdania są podzielone. Wspomnieni przezemnie: Heubner, Behring, Nemmser, Fritz Cuno oraz wielu innych, stosują je na szeroką skalę i przeważnie z dobrym skutkiem, bez żadnych złych następstw, pomimo wielokrotnie dokonywanych potem reinjekcyi leczniczych tejże surowicy. Inni zalecają pewną rezerwę w stosowaniu wstrzyknięć zapobiegawczych, a nawet dowodzą ich szkodliwości. Tak n. p. N. Bassi (Gazz. dei osp. 1913, Nr. 48) utrzymuje, że odporność po wstrzykiwaniach zapobiegawczych trwa nie dłużej nad trzy tygodnie; gdy zaś później pomimo to osoby takie zapadną na błonicę, śmiertelność wśród nich ma być większą, co Bassi przypisuje zmniejszeniu się zdolności fagocytarnej ciałek białek wskutek okresu odporności biernej, przez jaką czasowo przeszły. Inne badania dotąd, o ile wiem, nie potwierdziły tego mniemania.

Nadzwyczajnie ciekawe są pod tym względem prace, ogłaszane przez stacyę przeciwbłoniczą przy miejskim szpitalu Friedrichshain w Berlinie. Stacyą tą, przeznaczoną specyalnie do walki z błonicą we wschodniej części Berlina, kieruje W. Braun. Z prac asystenta Hoescha (D. med. Woch. 1911, Nr. 37) i samego Brauna (D. med. Woch. 1913, Nr. 6 oraz 1914, Nr. 23), wynika, że przez $2^1/_2$ lat (od 1/X 1911 do 31/III 1914) dokonano na tej stacyi 2218 zapobiegawczych wstrzyknięć surowicy w ilości od 300 do 600 jedn. ochr. na dawkę jednorazową. Z pośród tych osób 36 (czyli 1·62%) zachorowało późno, przeważnie lekko; z tego cztery przypadki zakończyły się śmiertelnie (około 11%). W rodzinach, w których wstrzyknięć zapobiegawczych nie dokonano, zdarzyło się 30% do 35% zachorowań. Braun i Hoesch wraz z Gaffkym i Heubnerem (Veröffentl. deut. med. Verwaltung, 1913, 2. H. 8) nie widzieli po wstrzykiwaniach zapobiegawczych żadnych objawów nadwrażliwości, prócz zwykłych posurowiczych, a własności trwania tej odporności biernej są według nich niedoceniane. Czas trzech tygodni jest najkrótszym czasem jej trwania, zwykle bywa on dłuższy, niekiedy nawet do roku i dłużej. Braun proponuje, aby w celach porównawczych dokonywać równoległych szeregów spostrzeżeń ze stosowaniem surowicy przeciwbłoniczej antytoksycznej, już istniejącej, najlepiej w dawkach 500 do 600 jedn. ochr., oraz oddzielnie ze stosowaniem nowej szczepionki przeciwbłoniczej Behringa. Braun podaje, że »Circular of information to physicians and others regarding diphtheria«, wydany przez »City departement of Health« w New-Yorku za r. 1912, wykazuje, iż tam od 1/I 1895 przeprowadzono przez inspektorów służby zdrowia i innych lekarzy przeszło 105000 dobrowolnych wstrzyknięć zapobiegawczych, z których to osób 207 (czyli 0·2%) zachorowało na błonicę późno i przeważnie lżej; jeden przypadek skończył się śmiertelnie. Braun, jako ostateczny wniosek, podaje: Wstrzykiwania zapobiegawcze i wczesne lecznicze, dokonywane bezpłatnie na osobnych stacyach miejskich, są główną podstawą i pomocą do walki z błonicą.

Łagodność objawów posurowiczych wogóle, zarówno po wstrzykiwaniach pierwotnych, jak i po reinjekcyach, a dalej brak jakichkolwiek groźniejszych lub dolegliwszych objawów anafilaktycznych oraz brak silniejszego odczyuu swoistego na miejscu wstrzyknięcia, a także ze strony bliższych lub dalszych gruczołów i naczyń chłonnych, mogę w moim materyale dość zasadnie przypisać (pomijając sprawę aseptyki wstrzyknięć i dobroci samej surowicy) używaniu zwykle niezbyt wielkich dawek surowicy i, jak dotąd, tylko podskórnie. Metoda podskórnego wprowadzania surowicy przeciwbłoniczej do ustroju jest, jak to wyżej wspomniałem, powolniejsza i słabsza w działaniu, jednocześnie zaś jest również słabsza i w odczynie posurowiczym. Dla lekarza praktyka jest ona najłatwiejsza i najdostępniejsza w praktyce prywatnej, przeto najodpowiedniejsza dla praktyki prowincyonalnej w przeważnej liczbie przypadków; dla przypadków o natężeniu słabszem lub średniem metoda ta wystarcza w zupełności. Natomiast w przypadkach ciężkich, zaniedbanych lub zapóźnionych, gdzieby chodziło o prędsze i silniejsze działanie surowicy, pewniejszego skutku dodatniego należałoby oczekiwać od metody dożylnej; przy zachowaniu zaś pewnych ostrożności i odpowiedniej ścisłej aseptyki niema żadnego niebezpieczeństwa nawet w praktyce prywatnej. Metoda wstrzykiwań śródmięśniowych, stojąca pośrodku między dożylną a podskórną, według Morgenrotha i Gabriela działa sześć razy prędzej, niż podskórna. Zalecają od roku 1911 powszechnie dokonywać jej zamiast podskórnej, a już obowiązkowo tam, gdzie metoda dożylna nie może być dla jakichbądź powodów zastosowana. Początkowo proponowano wstrzykiwania śródmięśniowe w okolicy międzyłopatkowej, lecz niedogodność leżenia na plecach i bóle międzyżebrowe były powodem do zmiany miejsca wstrzyknięć na okolicę pośladków. Tu znów często zjawiające się długotrwałe nacieki, które osobiście w kilku przypadkach wstrzyknięć, nie przezemnie dokonanych, miałem sposobność spostrzegać jeszcze w 8 do 10 dni po wstrzyknięciu, w postaci nacieków dość bolesnych, wielkości dobrej pięści, powstałych przypuszczalnie z powodu niepokoju i ruchów dziecka z przysiadaniem na pośladki, — były powodem do zmiany miejsca wstrzyknięcia na okolicę mięśni uda (m. vastus externus). Nie rozstrzygnięto dotąd, czy tkanka mięsna może sobie dość łatwo dawać radę z wessaniem w jednym punkcie surowicy w objętości od 4 do 30 ctm. sześc. albo i wyżej, zwłaszcza, że, jak powszechnie wiadomo, jednym z objawów posurowiczych są bóle mięśniowe, zjawiające się szczególnie po wstrzyknięciu większych ilości surowicy leczniczej. Przykładem tego jest mój przypadek Nr. 64 (patrz wyżej w części pierwszej), gdzie bóle mięśniowe zjawiły się między 8. a 10. dniem po wstrzyknięciu 32 ctm. sześc., a powodem ich zjawienia się było przypuszczalnie nagromadzenie się w mięśniach produktów pozajelitowej przeróbki większej ilości obcej surowicy, czyli wytworów przejściowych rozkładu białka tej surowicy. Przy wstrzyknięciach więc śródmięśniowych objętościowo większych dawek surowicy ten objaw niepożądany ze strony mięśni mógłby się potęgować. To też, mem zdaniem, słusznie Fritz Cuno w pracy swej, wyżej przytoczonej, usilnie zaleca przedewszystkiem metodę podskórną.

Mniejszą ilość surowicy w celach leczniczych stosowałem przeważnie nie z obawy przed groźniejszemi powikłaniami, (gdyż, jak to już wspominałem, płynne białko surowic przeciwjadowych nie powinno zawierać w sobie

pierwiastków toksycznych »quand même«), lecz przeważnie z musu, mając do czynienia z biedniejszą klasą ludności, lub też z ludźmi szczególnie wrażliwymi na wydatki, dotyczące leczenia, a i stojące zwykle na ostatnim planie lub nawet poza planem budżetu domowego. Ten przymusowy niejako zbieg okoliczności zgadza się jednak z teoryą ekonomii pracy krwi przy przeróbce pozajelitowej różnych pierwiastków białkowych, przez co i ubocznych produktów przejściowych tej przeróbki pozostaje o wiele mniej do następczego usunięcia ich z ustroju. Koniecznie jednak trzeba tu zaraz zaznaczyć, że w postępowaniu lekarza praktycznego przy leczeniu błonicy surowicą swoistą, naczelną zasadą nie ma być stosowanie małych dawek z obawy przed odczynem posurowiczym, lecz stosowanie większych dawek jednorazowych, stosownie do potrzeby danego przypadku, bez względu na możliwość odczynu. Przy wahaniu się i obawach, czy wogóle zastosować lub zmniejszyć dawkę stosowaną, można łatwo przeoczyć tę krytyczną chwilę choroby, w której waży się życie lub śmierć chorego. Myślę, że postępowanie takie sprawia to, że, jak dotąd, mam wyniki bardzo dobre, jeżeli wprost nawet nie doskonałe. Dane moje cyfrowe, przytoczone w końcu części pierwszej tego odczytu, są niewielkie w porównaniu z tysiącami i dziesiątkami tysięcy wielkich środowisk leczniczych, ale z takich mniejszych grup spostrzeżeń tworzą się grupy większe i największe, dające podstawy do wysnucia wniosków, obowiązujących lecznictwo praktyczne. Dodatnie wyniki, otrzymane przezemnie, zgadzają się w głównych zarysach z wynikami, podawanymi przez klinicystów seroterapeutów, którzy wskazują, że groźniejsze objawy odczynu posurowiczego oraz nadwrażliwości spostrzegali tylko w razach wyjątkowych: albo po bardzo dużych dawkach surowicy, albo po zbyt częstych dawkach, objętościowo mniejszych lub średnich, zwłaszcza stosowanych dożylnie, przy jednoczesnej wyjątkowej skłonności leczonego ustroju do utraty równowagi ośrodków naczynioruchowych (vasomotorische Labilität), jak to bywa u chorych na dychawicę, neurasteników i wogóle u osób nerwowych oraz u osobników niedokrwistych, krzywiczych lub charłaczych, jak również podczas dłużej trwających powikłań pobłoniczych. W tych ostatnich stanach chorobowych obecność ciągła żywych prątków błoniczych i stalsze związanie się ich toksyn z protoplazmą komórek, pomimo współczesnego istnienia większej ilości niweczników swoistych we krwi po pierwotnem wstrzyknięciu leczniczem surowicy przeciwbłoniczej, stwarza warunki niepomyślne dla działania świeżej dawki antygenu białkowego surowicy reinjekowanej. Klinicznie przejawić się to może pod postacią niepożądanego, a nawet fatalnego, odczynu następczego.

Co do reinjekcyi, to gra tu jeszcze bardzo ważną rolę czas, w którym zostają one dokonywane, ze względu na możliwość odczynu natychmiastowego, przyspieszonego lub też wzmożonego aż do postaci wstrząsu anafilaktycznego, oraz ze względu na możliwość zjawienia się swoistego odczynu miejscowego. Na zasadzie badań Pirqueta i Schicka, opisanych w ich wspólnej pracy: »Die Serumkrankheit« (1905), którą następnie Pirquet uzupełnił drugą pracą: »Allergie« (1910), przyjęto, że wstrząs anafilaktyczny i odczyn natychmiastowy najczęściej zdarzają się po reinjekcyach, dokonanych w 10 do 40 dni po wstrzyknięciu pierwotnem. Przy dłuższej przerwie, nie przewyższającej 6 miesięcy, spostrzegać można niekiedy odczyn podwójny, rzadziej przyspieszony; po 6 miesiącach w olbrzymiej większości przypadków następuje tylko odczyn przyspieszony. W zebranych przezemnie w odczycie niniejszym przypadkach z kazuistyki różnych klinicystów i praktyków wskazane są terminy dokonanych reinjekcyi bardzo różne, a jednak z odczynami niebezpiecznymi, coby dowodziło, że schemat powyższy Pirqueta i Schicka nie da się szablonowo zastosować do bardzo wielkiej liczby spostrzeżeń odczynów nieprawidłowych. W moich spostrzeżeniach odczyn podwójny zjawiał się nieraz po wstrzyknięciach pierwotnych i wcale nie był cechą charakterystyczną reinjekcyi, po których wcale go nie spostrzegałem. Wszystkie spostrzegane przezemnie przypadki właściwej reinjekcyi stoją poza wskazanymi terminami niebezpiecznymi, gdyż najkrótszy odstęp czasu wynosił 11 miesięcy, najdłuższy zaś $12^1/_3$ lat pomiędzy dwiema po sobie idącemi reinjekcyami lub pomiędzy wstrzyknięciem pierwotnem a reinjekcyą. Lecz dodać muszę, że i po tych wstrzykiwaniach, które wykonywałem jako pomocnicze i dodatkowe w odstępach kilkogodzinnych, kilkodniowych lub kilkotygodniowych, zawsze w okresie przed upływem 8 tygodni po pierwszem przygotowawczem wstrzyknięciu, również dotąd ani razu nie spostrzegałem jakichkolwiek groźniejszych objawów posurowiczych lub anafilaktycznych.

Ostateczne wnioski, jakie z otrzymanych dotąd wyników wysnućby można co do leczenia błonicy surowicą swoistą, dadzą się sprowadzić do następujących prawideł i wskazówek postępowania:

Aby zmniejszyć, o ile można, objawy posurowicze, należy starać się wstrzykiwać ile możności małe objętościowo dawki surowicy jak najbardziej wysokowartościowej, to jest zawierającej jaknajwiększą liczbę jednostek ochronnych w jednym centymetrze sześc. W razie braku pod ręką takiej surowicy należy wstrzykiwać tę, o jaką w danej chwili najłatwiej, a więc n. p. normalną, w ilościach, o ile można, większych naraz, stosownie do potrzeby danego przypadku chorobowego. Ewentualnie w razie potrzeby powtórzyć wstrzyknięcie tego samego dnia, bez względu na to, czy będzie to przypadek wstrzyknięcia pierwotnego, czy też reinjekcyi, dokonywanej po upływie ośmiu tygodni od pierwotnej i nie metodą dożylną.

Wiedzieć i pamiętać należy o tem, że objawy posurowicze, choćby w cięższej i niemiłej postaci (co jest zjawiskiem rzadkiem i wyjątkowem), nie są nigdy dla chorego niebezpieczniejsze, niż sama choroba zakaźna. Przez zwlekanie, wahanie się, odkładanie wstrzyknięcia lub zastosowanie zbyt małych dawek w stosunku do istotnej potrzeby danego przypadku stan chorego może się stać beznadziejnym, co niestety miałem sposobność stwierdzić w okresie perturbacyi przeciwsurowiczych w ciągu ubiegłych lat dziewiętnastu. Ostrożność natomiast zachować należy, jak poleca pewna część seroterapeutów, w stosowaniu metody dożylnej, zwłaszcza przy reinjekcyach wczesnych, pomocniczych i dodatkowych, dokonywanych w okresie czasu od 10 dni do 8 tygodni po pierwotnej. Unikać należy stosowania surowicy bez koniecznej potrzeby, zwłaszcza w zbyt małych, często powtarzanych dawkach, oraz zbyt pochopnego

stosowania jej w celach zapobiegawczych. W tym razie otrzymujemy odporność bierną, trwającą nie dłużej nad 3 do 6 tygodni, po których upływie byłaby wymagalna ponowna reinjekcya w ustroju uczulonym, i to tem więcej, o ile wstrzykiwania dokonywane są dożylnie w celu uzyskania wzmocnionego działania.

Takie jest streszczenie prawideł postępowania leczniczego przy stosowaniu surowicy przeciwbłoniczej z zachowaniem maximum ostrożności. Dla uzupełnienia ich należy wspomnieć, że w celu zwalczania najcięższych lub zaniedbanych przypadków proponują wstrzykiwać dożylnie wielkie dawki surowicy wysokowartościowej. Stosowano je w Ameryce, Szwecyi, Francyi i w Niemczech w dawkach bardzo różnych, dochodzących do 100.000 jedn. ochr. (Ameryka), z wynikami dla chorych doskonałymi i bez objawów nadwrażliwości. Pomimo to, że surowice, sporządzone celem trwałości i łatwego przechowania z dodatkiem fenolu lub krezolu, jak n. p. niemieckie, mniej nadają się do tego celu, w ostatnich latach wiele prób takich podejmowano w Niemczach, między innemi w Berlinie na klinice Heubnera, z surowicami fabryk niemieckich. Ze względu na pewną odsetkę fenolu stosowano naraz nie więcej nad 9000 jedn. ochron. 500-krotnej surowicy, czyli 18 ctm. sześc. Dawkę taką w ciągu dni kilku powtarzano kilkakrotnie bez wywołania zatrucia fenolem, a dochodzono do wprowadzenia drogą dożylną 65 000 jedn. ochr. czyli objętościowo 130 ctm. sześc. ze skutkiem dodatnim dla danego przypadku i stanu chorobowego, a bez żadnych następczych skutków szkodliwych (Wolff-Eisner, Jochmann, Heubner, Schöne — stwierdzali to również w szpitalu Virchowa w Berlinie, na klinice w Gryfii i po innych szpitalach i klinikach).

Stosowano dawki te i w przypadkach reinjekcyi, dokonywanych w okresach czasu, przyjętych za najbardziej niebezpieczne co do odczynu posurowiczego. Fakty te wskazywałyby, że w poszczególnych przypadkach chory na błonicę ustrój posiada wysoką trwałość równowagi ośrodków naczynioruchowych, odpornych na rzekomo jadowite bodźce swoiste, lub też, że zjawisko nadwrażliwości musi zależeć jeszcze i od innych, niewiadomych dotąd przyczyn dodatkowych, działających na terenie warunków przygotowawczych, obecnie już dokładnie określonych.

Piśmiennictwo.

(Wymieniam tylko te prace, które bezpośrednio dotyczą treści mego odczytu i są mnie samemu znane. Przytoczone w tekście prace pomijam w poniższym spisie). 1) Ehrlich: Beiträge zur experimentellen Pathologie u. Chemotherapie. Leipzig 1909.— 2) A. Wolff-Eisner: Handbuch der Serumtherapie. München 1910. — 3) A. Wolff-Eisner: Klinische Immunitätslehre und Serodiagnostik. Jena 1910. — 4) A. Dieudonné: Immunität, Schutzimpfung und Serumtherapie. Leipzig 1911. — 5) H. Much: Die Immunitätswissenschaft. Würzburg 1911. — 6) R. Kraus und C. Levaditi: Handbuch der Technik und Methodik der Immunitätsforschung. I. Ergänzungsband. Jena 1911. — 7) W. Weichardt: Ueber Anaphylaxie im Lichte moderner eiweisschemischen Betrachtungsweisen. Würzburg 1910. — 8) L. Heim: Lehrbuch der Bakteriologie u. Immunitätslehre. Stuttgart 1911.— 9) W. Kolle und H. Hetsch: Die experimentelle Bakteriologie und die Infektionskrankheiten mit der Immunitätslehre. Berlin-Wien 1911. — 10) P. v. Baumgarten: Lehrbuch der pathogenen Bakterien. Leipzig 1911. — 11) A. Baginsky: Diphtherie und diphtherischer Croup. Leipzig und Wien 1913. — 12) P. Müller: Vorlesungen über Infektion und Immunität. Jena 1912. — 13) P. Müller: Vorlesungen über allgemeine Epidemiologie. Jena 1914. — 14) Walther Ewald. (Frankfurt a. M.) Soziale Medizin. I. B.: Die Seuchenbekämpfung. Berlin 1911. II. B.: Die soziale Versicherung. Berlin 1914. — 15) H. Dold und A. Rados: Deut. med. Woch. 1913, Nr. 31. — 16) W. Weichardt: Deut. med. Woch. 1913, Nr. 31. — 17) R. Otto: Deut. med. Woch. 1914, Nr. 11. — 18) H. Römer: Ibidem. 19) W. G. Ruppel: Ibidem.— 20) K. E. Boehnke: Ibidem. — 21) E. Friedberger: Deut. med. Woch. 1912, Nr. 5. — 22) Schober: Pariser medizinische Gesellschaften im Februar 1913. Deut. med. Woch. 1913, Nr. 28. Vereinsberichte. — 23) H. Mühsam und J. Jacobsohn. Deut. med. Woch. 1914, Nr. 21. — 24) St. Serkowski: Wakcynoterapia. (Warszawa) 1913. — 25) St. Łazarewicz: O anafilaksyi i idiosynkrazyi, z dodatkiem opisu prac prof. Popielskiego we Lwowie. Nowiny lek. 1911. Nr. 2—6. — 26) Fr. Chłapowski: Nowiny lek. 1911, Nr. 6. — 27) Stefan Muttermilch: Pamiętnik Warsz. Towarzystwa lek. T. CIX. 1913. Z. 4. — 28) H. Rozenblatówna: Przegląd lekarski 1913, N. 48. Streszcz. odczytu w Tow. lek. łódzkiem d. 24 września 1913. — 29) H. Rozenblatówna: Przegląd pedyatr. 1914. Z III. Streszcz. zbiorowe. — 30) Karol Rozenfeld: Nowiny lek. 1911, Nr. 7—11. — 31) K. Rozenfeld: Przegląd lek. 1911, Nr. 19. Streszczenie odczytu w Tow. lekarsk. częstochowskiem. — 32) Kazimierz Piotrowski (Warszawa): Gazeta lek. 1914, Nr. 1. — 33) Steising: Lwowski Tygodnik lekarski 1911, Nr. 5. Wykład w Tow. lek. lwowskiem. — 34) W. Puławski: Przegląd lek. i Czasopismo lek. 1911, Nr. 31—32. — 35) W. Puławski: Przegląd lek. i Czasop. lek. 1910, Nr. 41—43. — 36) W. Puławski: Leczenie błonicy surowicą swoistą. Sprawozdania coroczne od 1895—1913: a) Gazeta lek. (1895—1901). b) Czasopismo lek. Łódź (1903—1907). c) Przegląd lek. i Czasopismo lek. Kraków (1908—1914).

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne z d. 3 III. 1914.

1) Higier przedstawił przypadek **padaczki psychastenicznej w przebiegu niezwykłej postaci obłędu lubieżnego** (nymphomania) dziedziczno-rodzinnego w 3 pokoleniach. Ojciec chorej, 42-letniej, do starości uprawiał namiętnie samogwałt, brat jej od 3. roku życia podlegał temuż nałogowi. Córka 12-letnia od drugiego, a synek 2-letni od pierwszego roku życia są onanistami. Chora nie pije, nie pali i obok stałego hyperseksualizmu miewa od wielu lat napady padaczkowe bez drgawek, na które bromki zgoła nie działają. Napady te noszą pewne cechy padaczki psychastenicznej czyli wzruszeniowej. Napadów, powtarzających się od lat 30 co kilka tygodni, nie było przez 5 lat pożycia małżeńskiego, aczkolwiek chora obok stosunków płciowych uprawiała wtedy namiętnie samogwałt.

2) J. Goldberg i B. Hertz: **O wpływie dwuwęglanu sodu na wydzielanie chlorków i wprowadzonego dożylnie cukru mlecznego.** Autorowie badali wpływ sody na wydzielanie chlorków. W tym celu podawali chorym 10—20 gr. sody i badali stężenie chlorków, wydzielanych co godzinę w moczu. W każdym badanym przypadku po podaniu sody stężenie solne w moczu obniżało się znacznie; najwybitniejsze obniżenie występowało w 2—3 godz.; w godzinach następnych stężenie powoli wyrównywało się. W celu wyjaśnienia patogenezy tego zjawiska posługiwali się autorowie metodą Schlayera. Wstrzykiwali dożylnie cukier mleczny i jednocześnie podawali wewnętrznie 15 gr. sody; w parę dni później robili drugie doświadczenie, wstrzykując jedynie cukier mleczny. Autorowie przeprowadzali takie badania u 5 osób. Pod wpływem dwuwęglanu sodu okres wydalania cukru mlecznego z moczem w każdym przypadku opóźniał się znacznie. Autorowie wyprowadzają z tego wniosek, że dwuwęglan sodu zmniejsza sprawność wydzielniczą nerek; przez analogię przyjmują, że i obniżenie stężenia solnego w moczu pod wpływem sody zależy również od upośledzonej sprawności nerek.

W dyskusyi Ciągliński K. zapytuje, czy małe dawki sody również upośledzają działanie nerek; okoliczność ta miałaby doniosłe znaczenie w praktyce codziennej. — b) Halpern zaznacza że prelegenci, potwierdziwszy badania innych autorów co do zatrzymywania się soli kuchennej po podaniu sody, starali się zbadać przyczynę owego zatrzymywania, a chcąc sprawdzić, czy nie zależy ono od zaburzonej czynności nerek, badali zachowanie się cukru mlecznego; znalazłszy zwolnione wydalanie tego cukru w stosunku do stanu prawidłowego, prelegenci wnoszą stąd o zaburzonej czynności nerek. Wniosek ten uważa H. za zbyt rozległy, gdyż zachowanie się jednego składnika nie mówi nam nic o zachowaniu się innych. — c) Wł. Janowski zauważa, że badania podobne powinny były być dokonane nietylko z cukrem mlecznym, ale i z jodkiem potasu. — d) Grundzach uważa wnioski prelegentów za słuszne i prawdziwe; zwraca uwagę, że badania laboratoryjne potwierdzają doświadczenia kliniczne starszych praktyków, którzy ostrzegali przed zbyt długiem podawaniem zasad, które wywołują »hydremię«; obecnie stan ten zwiemy zatrzymaniem jonów chlorowych i sodowych we krwi. — e) Goldberg J. wyjaśnia, że doświadczeń z małemi dawkami sody nie przeprowadzono i podkreśla, że wogóle wpływ nawet dużych dawek na sprawność nerek był jedynie przemijający. Za wpływem sody na sprawność nerek przemawiają również rozpoczęte badania prelegentów ze wskaźnikiem Humberta.— f) Hertz R. zaznacza, że badania omawiane dowodzą, iż soda upośledza czynności nerek. — g) Halpern sądzi, iż jeśli zachowanie się cukru miało być probierzem, że zatrzymanie soli kuchennej istotnie zależy od zaburzonej czynności nerek, a nie od czynników pozanerkowych, to nie można mówić o zaburzeniu czynności nerek wogóle, albowiem zatrzymanie soli przemawia za upośledzoną czynnością kanalików, a zwolnione wydalanie cukru mlecznego za zaburzeniem czynności kłębków. Dla sprawdzenia czynności kanalików wzgl. kłębków należy wybierać substancye, wydalane przez kanaliki względnie kłębki.

3) Goldberg J. **O wpływie pobudzającym dużych dawek dwuwęglanu sodu na czynność wydzielniczą gruczołów żołądkowych.** Soda wywiera wpływ niewątpliwy na zatrzymanie chlorków w ustroju. Prelegent starał się wyjaśnić, co się dzieje z jonem chlorkowym, zatrzymanym w ustroju pod wpływem dwuwęglanu sodu. W tym celu podawał chorym duże ilości sody (12—30 gr. dziennie) w 2 równych porcyach; naczczo i po śniadaniu próbnem. Chcąc się przekonać, czy soda działa jedynie bezpośrednio na błonę śluzową żołądka, czy też przeciwnie może być mowa o działaniu ogólnem, w 2 przypadkach wstrzyknął prelegent dożylnie 3% rozczyn sody. Z tablic wynika, że podawanie dużych ilości sody wywoływało zatrzymanie chlorków w ustroju i wzrost kwasu solnego, aczkolwiek nie w jednakowym stopniu we wszystkich przypadkach. Prelegent wyprowadza wniosek, że istnieją przypadki, w których po podaniu dużych ilości dwuwęglanu sodu występuje bardzo widoczne zwiększenie wydzielania kwasu solnego w żołądku. Na zasadzie badań z wstrzyknięciem dożylnem wypowiada myśl, że obok działania bezpośredniego dwuwęglanu sodu na błonę śluzową żołądka istnieje działanie ogólne; przypuszcza, że zachodzi związek pomiędzy zatrzymaniem chlorków w ustroju pod wpływem sody, a wydzielaniem się kwasu solnego.

W dyskusyi a) Halpern przypomina o badaniach Biernackiego, który stwierdził, że w zapaleniu nerek spotykamy się często z nadkwaśnością soku żołądkowego. Wiemy też, że w zapaleniu nerek mamy również zatrzymanie soli kuchennej w ustroju; to samo widzimy przy podawaniu sody; w obu przypadkach owo zatrzymywanie soli odbija się jednakowo na kwaśności soku żołądkowego. — b) Grundzach na mocy własnych spostrzeżeń doszedł do wniosku, że średnie dawki sody (4—8—10 gr. dziennie), zażywane w ciągu 1—2 miesięcy, nie miały trwalszego wpływu na wydzielanie soku żołądkowego i stopień jego kwaśności

Posiedzenie kliniczne z d. 17. III. 1914 r.

1) Neugebauer przedstawił a) **torbiel przyjajnikową** lewostronną, usuniętą na drodze laparotomii u 33-letniej kobiety i b) preparat oraz rysunki z przypadku **włókniaka przedniej ściany macicy.**

2) Karaś-Przeradzka: **O odczynie serologicznym Abderhaldena.**

Prelegentka podała wyniki badań Abderhaldena, któremu udało się przez wstrzykiwanie zwierzętom bezpośrednio do krwi lub pod skórę białka, węglowodanów, tłuszczów — wykryć w surowicy krwi zaczyny, których przedtem nie było i które posiadają własność rozkładania tych ciał. Dalsze badania wykazały, że owe zaczyny zjawiają się w pewnych stanach drogą naturalną, jako ciało ochronne. N. p. w surowicy krwi zwierząt i kobiet ciężarnych zazwyczaj udaje się wykryć zaczyn, rozkładający białko łożyska; jest to odczyn swoisty, gdyż surowice zwierząt i kobiet ciężarnych nie rozkładają białka innych narządów. Badania te naprowadziły innych badaczy na myśl, że być może w pewnych schorzeniach narządów krążą we krwi ciała niedostatecznie rozłożone z owego narządu. W ten sposób w chorobie Basedowa udało się wykryć w surowicy krwi zaczyny, rozkładające białko tarczycy, grasicy i niekiedy jajnika. Doświadczenia te otwierają szerokie pole dla badań nad patologią komórek. W dalszym ciągu omówiła prelegentka metodę badań i opisała metodę dyalizy oraz optyczną, zastanawiając się nad ich wartością i znaczeniem.

W dyskusyi: a) Jastrzębski M. pokazał ostateczny wynik odczynu Abderhaldena na dowód, że i przy sztucznem świetle widać go dobrze; pokazał sproszkowany antygen z łożyska, jakiego używa do odczynu, zamiast antygenu w kawałkach. Mowca wątpi, aby odczyn Abderhaldena znalazł praktyczne zastosowanie w celu wczesnego rozpoznawania nowotworów, gdyż nie można będzie określić siedliska nowotworu; twierdzi, że odczyn Abderhaldena jest bezwzględnie swoisty.

b) Luxenburg uwydatnił zakres pytań, na jakie daje odpowiedź metoda Abderhaldena i wspomniał o swych badaniach nad surowicą krwi chorych na kiłę.

c) Landau A. w doświadczeniach swych nad chorymi z klinicznem rozpoznaniem raka, spostrzegał odczyn dodatni z antygenem rakowym, ale wynik dodatni występował również z surowicą osób, niewątpliwie dotkniętych rakiem. Wyniki doświadczeń z antygenami z narządów nie upoważniają L. do twierdzenia, że odczyn Abderhaldena pozwoli zawsze na ścisłe określenie miejsca sprawy chorobowej.

d) Męczkowski podnosi znaczenie odczynu Abderhaldena w rozpoznawaniu ciąży. W dziedzinie schorzeń gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem nowy odczyn może być nader pomocnym środkiem dla kliniki.

e) Gajkiewicz przypomina, że w ogłoszonym niedawno wywiadzie z większości klinik niemieckich przeważa zdanie, iż odczyn Abderhaldena, jak dotychczas, daje wyniki ujemne.

f) Żurakowski A. zwraca uwagę, że ciała Abderhaldena należą do tego samego szeregu, co bakteryolizyny Pfeiffra i cytotoksyny Miecznikowa. Niezbędna jest ostrożność we wnioskowaniu co do wartości rozpoznawczej próby A. Obecnie należy zbierać materyał, badać próbę w stanach zdrowia i chorób u ludzi i zwierząt, na ocenę zaś wartości rozpoznawczej jeszcze nie czas.

g) Altkaufer H. przytoczył spostrzegany przez siebie przypadek ciąży zewnątrzmacicznej, w którym próba Abderhaldena dała wynik niezgodny z rzeczywistością.

Tadeusz Borzęcki.

Odpowiedzialny redaktor:

Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

BIBLIOTHECA VNIV. IAGELL.